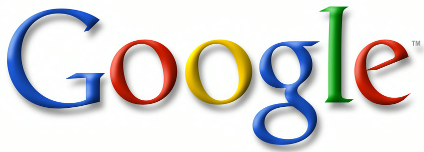
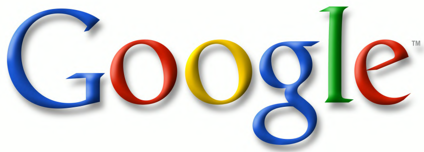






DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE TRAITEMENT ET LE DIAGNOSTIC

DES TUMEURS DE LA VESSIE

DANS LES DEUX SEXES

DE

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE TRAITEMENT ET LE DIAGNOSTIC

DES

TUMEURS DE LA VESSIE

DANS LES DEUX SEXES

PAR

Le D[r] Alfred POUSSON

Aide d'anatomie de la Faculté de Médecine,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien interne et premier interne des hôpitaux de Bordeaux
(Prix Delord),
Lauréat (*ter*) de l'École de Médecine de Bordeaux.

PARIS

G. MASSON, LIBRAIRE-ÉDITEUR

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1884

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE TRAITEMENT ET LE DIAGNOSTIC

DES TUMEURS DE LA VESSIE

DANS LES DEUX SEXES

AVANT-PROPOS

Jusqu'à ces derniers temps on se contentait d'opposer aux tumeurs de la vessie un traitement symptomatique presque exclusivement médical : le cathétérisme évacuateur dans les cas de rétention d'urine ; des injections intra-vésicales de liquides plus ou moins justement réputés hémostatiques dans les cas d'hémorrhagies abondantes, étaient à peu près les deux seuls moyens chirurgicaux mis en œuvre. Aujourd'hui une réaction semble se faire très heureusement contre cet aveu d'impuissance de la chirurgie jadis désarmée, et les efforts de praticiens éminents tendent à attaquer de front les néoplasmes de la vessie. Si hardies que paraissent de prime abord ces tentatives, elles ne le sont certainement pas plus que celles aujourd'hui passées dans la pratique, et dirigées contre les cancers de l'estomac, les dégénérescences de la rate et les autres affections des viscères abdominaux.

De nombreuses observations d'intervention chirurgi-

cale dans les tumeurs de la vessie chez les deux sexes étaient éparses dans les publications périodiques étrangères, et dans ces derniers temps il m'a été donné d'assister à plusieurs opérations de ce genre pratiquées par mon maître, M. le professeur Guyon ; j'ai réuni les unes et les autres, je les ai analysées et comparées, et de cette étude j'ai tâché de déduire les indications et les contre-indications opératoires, ainsi que le meilleur mode d'intervention.

Mais une question de la plus haute importance se pose avant tout acte thérapeutique, c'est celle du diagnostic ; or la symptomatologie des néoplasmes de la vessie, si obscure autrefois, s'est enrichie depuis quelques années de notions précieuses qu'il me faudra rappeler. D'autre part, les notions anatomiques de nature, de forme, de volume, de connexions des tumeurs vésicales doivent être connues, afin que le clinicien doublé de l'anatomo-pathologiste ait avant tout quelque présomption sur les caractères les plus probables d'une tumeur donnée.

Ces quelques considérations devaient naturellement tracer le plan de mon travail, qui sera divisé en deux parties.

La *première partie* comprendra :

Un chapitre d'historique ;

Un chapitre de considérations anatomo-pathologiques ;

Un chapitre de notions de diagnostic.

La *seconde partie* sera consacrée aux indications et contre-indications opératoires et aux opérations elles-mêmes. D'où deux derniers chapitres, dont le second très important devra être subdivisé en plusieurs sections.

Ce deuxième chapitre renfermera en effet :

Une première section, où sera jugée la question des opérations exploratrices si en faveur à l'étranger ;

Une deuxième section, dans laquelle seront exposées et appréciées les opérations d'extirpation pratiquées jusqu'ici dans les deux sexes ;

Une troisième section, dans laquelle nous examinerons la question de la résection de la vessie.

Tel est le plan que nous suivrons.

Notre titre « De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie » et aussi notre plan paraissent accorder une place considérable à l'opération exploratrice; nous semblons mettre sur un même pied d'égalité l'acte chirurgical qui poursuit un but curatif ou palliatif, et celui qui n'a d'autre objet que d'éclairer un diagnostic obscur. Or nous tenons à faire dès le début cette déclaration : que nous n'admettons pas l'opération exploratrice. Fidèle aux traditions de la chirurgie française, qui n'intervient qu'après avoir posé un diagnostic préalable, nous rejetons toute incision, toute manœuvre opératoire ayant un autre but qu'un but thérapeutique. Si notre titre est ainsi formulé, c'est que traitant une question tout à fait à l'ordre du jour, nous avons voulu conserver les termes mêmes du problème, qui en ce moment préoccupe le monde chirurgical. En fait, à cause de l'importance qu'on y attache dans les pays voisins,nous devrons discuter longuement l'intervention exploratrice, que rend inutile selon nous la riche symptomatologie des néoplasmes vésicaux.

Je ne me dissimule pas la difficulté de l'œuvre que j'ai entreprise. Se prononcer sur une question de thérapeutique aussi délicate, à la veille de la pratique de l'art, serait présomptueux, si à défaut de notre expérience nous n'avions celle de cliniciens éminents. Ayant eu l'honneur d'être l'interne de M. le professeur Guyon, j'ai puisé près

de ce savant et cher maître des principes et des leçons que je serais heureux de pouvoir réfléter dignement dans ce travail inaugural. C'est pour moi un devoir bien doux que de saisir cette occasion de remercier cet excellent maître des conseils et des encouragements qu'il n'a cessé de me donner pendant le cours de mes études médicales.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

L'idée d'attaquer directement les tumeurs de la vessie ne remonte guère au delà de la fin du siècle dernier; des essais nombreux ont été faits pendant la seconde partie du nôtre pour la réalisation de ce projet, qui n'a été scientifiquement mis à exécution que dans ces dernières années.

Désirant rappeler rapidement les travaux relatifs à cette question, je les grouperai en trois périodes :

Dans une première période, qui s'étend depuis l'année 1750, époque à laquelle Warner enleva avec succès un polype de la vessie d'une femme âgée de 23 ans, jusque vers l'année 1830 où commencent les tentatives de Civiale, on ne fait presque l'extirpation des tumeurs de la vessie qu'à l'occasion d'autres opérations sur cet organe, le plus souvent à l'occasion de la lithotomie.

La seconde période, commençant vers 1830 pour se terminer vers 1860, est tout entière remplie par les essais de Civiale et de Leroy d'Etiolles.

La troisième période ou *période moderne* s'ouvre en 1875 par l'opération heureuse de Billroth, qui enlève de la vessie d'un enfant un myôme énorme, du volume du poing. Elle comprend déjà un nombre assez grand de travaux,

parmi lesquels nous devons citer ceux de Thompson, Whitehead et Pollard en Angleterre, ceux de M. Bazy et de M. le professeur Guyon en France.

Première période. — Les anciens chirurgiens, retenus par la crainte que leur inspiraient les blessures de la vessie, ne pouvaient pas avoir l'idée d'extirper les *fongosités*, *carnosités*, *squirrhosités* du réservoir de l'urine ; aussi chercherait-on en vain dans les écrits antérieurs à la dernière moitié du siècle dernier quelque indication d'un traitement chirurgical des tumeurs vésicales. Même après que Frère Côme, ayant réglé et rendu beaucoup moins meurtrière la taille de Franco, eut placé pour ainsi dire la cavité de la vessie sous l'œil de l'opérateur, le respect de ses parois n'en fut pas amoindri et on se serait gardé de toucher à un fongus trouvé au cours d'une lithotomie. Cette crainte se retrouve exprimée dans le *Traité de Belmas*, dans les articles *lithotomie* et *fongus* du Dictionnaire en soixante volumes et jusque dans l'article *cystotomie* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Cependant Belmas, dans son plaidoyer en faveur de la taille sus-pubienne, ne pouvait pas laisser échapper cette indication ; aussi écrit-il à la page 113 de son traité (1) : « Dans le cas où l'opérateur voudrait agir sur le fongus, tout l'avantage resterait à la taille sus-pubienne ; s'il se décidait à arracher la tumeur, *pratique du reste vicieuse*, il pourrait, par l'incision au-dessus du pubis, la saisir plus convenablement, la soumettre à un mouvement de torsion, et soutenir les parties voisines avec les doigts de la main gauche. » Mais les faits malheureux, qu'il vient

(1) Traité de la cystotomie sus-pubienne, par D. Belmas, 1827, p. 113.

de mentionner quelques lignes avant, commandent selon lui une sage réserve. En effet, Guérin taillant un homme âgé de 50 ans, saisit entre ses tenettes et arrache « deux lambeaux d'excroissances de chairs fongueuses », le malade meurt ; Manget extirpe deux caroncules de la vessie en même temps qu'une pierre ; le malade succombe douze jours après ; les mêmes accidents arrivent à Houstet et à Morand. Bégin et Jourdan (1), Breschet (2) déconseillent toute extirpation de fongosités vésicales ; Chopart la condamne également et le même ostracisme se retrouve dans nos livres classiques actuels.

Ce n'est pas cependant que des faits heureux d'intervention chirurgicale pour les néoplasmes vésicaux dans les deux sexes n'existassent et ne fussent connus des auteurs, qui bannissaient toute opération, mais ils n'osaient leur donner leur approbation. Marc-Antoine Petit (3) lui-même refusait d'enlever un polype trouvé dans la vessie d'un jeune taillé, qui, victime de cette hésitation, mourait un an après de consomption.

Warner, en 1747 (4), est probablement le premier chirurgien qui, de propos délibéré, fendit l'urèthre chez une femme de 23 ans, ayant un volumineux polype sortant par le méat et ne lui permettant pas depuis trois ans de rendre une seule goutte d'urine, sans avoir recours au cathétérisme. La cavité vésicale ouverte, l'opérateur attira la tumeur au moyen d'un fil passé à sa base et la lia ; le sixième jour la tumeur du volume d'un œuf de dinde se détachait d'elle-même et la malade se rétablissait rapidement.

(1) Bégin et Jourdan. Article Lithotomie du Dict. en 60 vol.
(2) Breschet. Article Fongus de la vessie du Dict. en 60 vol.
(3) Montfalcon. Dict. des Sc. méd. (en 60 vol.), t. XLIV, p. 233.
(4) Cases in Surgery, 4e édit., 1784, p. 303.

Quelques années après, Lecat (1) répétait à deux reprises la même opération chez une femme qui succombait le deuxième jour, après la seconde tentative d'extraction et d'écrasement avec les pinces.

Deschamps, au dire de Belmas (2), favorisa avec un plein succès l'exfoliation d'une fongosité vésicale en l'irritant par des pressions méthodiques, grâce à l'emploi du haut appareil. Covillard (3) ouvrit à bon escient par la taille périnéale la vessie d'un homme atteint d'un polype du volume d'une noix. « Je la mouchai avec les tenettes, ce qui réussit; de sorte qu'en moins de huit à dix jours, ladite tumeur termina par suppuration. » Un mois après le malade était convalescent. Chopart, dans son traité des voies urinaires, rapporte que Desault, trouvant chez un malade de l'Hôtel-Dieu, qu'il venait d'opérer de la pierre par la cystotomie périnéale, un fongus pédiculé, le saisit avec les tenettes et l'arracha par torsion. Il n'y eut pas la moindre hémorrhagie et le malade guérit sans accident. Bien qu'en principe ennemi de toute opération dans les cas de tumeurs de la vessie, Chopart, en présence de ce fait, reconnaît que lorsque la tumeur est située sur le col de la vessie, lorsqu'elle est mobile et attachée par un pédicule étroit, on peut en tenter l'arrachement.

En somme, nous ne trouvons jusqu'aux premières années de notre siècle que cinq opérations de tumeurs de la vessie, ayant donné ce beau résultat de quatre guérisons. Ces faits auraient peut-être encouragé les chirurgiens à pratiquer plus souvent l'extirpation de certains néoplasmes de la vessie, si à la crainte des hémorrhagies, des in-

(1) Cité par Howship, Urinary organs. Fungus.

(2) Belmas, loc. cit.

(3) Mentionné par Crosse dans Treatise on the formation of urinary calculi, 1835, p. 49 en note.

flammations, des infiltrations d'urines, conséquences presque forcées pour eux de manœuvres aussi hardies, n'était venue se joindre celle des accidents nombreux et redoutables de la taille périnéale. Aussi malgré l'opinion émise par Dupuytren (1) qui, en constatant dans une autopsie la présence d'un cancer pédiculé de la vessie, pensait que par la cystotomie on eût pu l'enlever, les tentatives de pareille opération dans l'un et l'autre sexe ne se renouvellent qu'en très petit nombre dans un espace de plus de cinquante ans. Nous ne trouvons, en effet, que trois opérations tentées chez l'homme par Crosse, Fergusson, Gersuny, encore la seconde ne fut-elle faite qu'occasionnellement, au cours de l'extraction d'un calcul. Chez la femme nous en relevons neuf, la plupart s'imposant d'elles-mêmes au chirurgien en raison de la saillie du néoplasme par l'urèthre court et dilatable de ce sexe. Ces faits appartiennent à Pleininger, Theinemann, Guillon, Birkett, Senftleben, Morris, Braxton, Guersant, Jackson.

* *

Deuxième période. — Elle ne comprend que les essais de Civiale, Leroy d'Etiolles et Mercier. On sait à quelles polémiques vives et acerbes donna lieu l'invention des appareils lithotriteurs. Nous ne rappellerons pas ce débat. La prétention, bien légitime d'ailleurs et réalisée depuis, de débarrasser la vessie des calculs, qui l'encombrent, par la voie uréthrale, devait naturellement s'étendre aux fongus de cet organe. Aussi voyons-nous Civiale *arracher* et *écraser* plus ou moins heureusement au moyen de son trilabe des tumeurs papillomateuses, et Leroy d'Étiolles en *lier* aveuglément le pédicule à l'aide de son porte-ligature. Quoique faites dans un but un peu différent, les ten-

(1) Dupuytren. Lancette française, 1828, t. I, p. 3.

tatives de Mercier pour lever la *barre prostatique*, *la valvule du col*, doivent être rapprochées des opérations des deux précédents chirurgiens.

A les en croire, les unes et les autres eurent quelques succès, mais cette opération ne sortit guère de leurs mains et ils ne trouvèrent que de très rares imitateurs. Bien aveugles, en effet, sont ces manœuvres sur des productions qui, d'une part, échappent souvent par leur consistance et leur mobilité à toute impression tactile et d'autre part donnent, lorsqu'on les perçoit, des sensations peu différentes de celles de la muqueuse vésicale !

TROISIÈME PÉRIODE. — Les néoplasmes de la vessie devaient-ils donc rester au-dessus des ressources de l'art? Viscère de l'abdomen d'un accès relativement facile, cet organe était-il donc condamné à voir se développer dans son intérieur des productions épuisant les malades par des hémorrhagies répétées et des douleurs intolérables, sans que rien soit tenté pour les supprimer ou en conjurer les effets? Il est aujourd'hui permis d'en penser autrement, et depuis 1875 des observations nombreuses, des travaux importants se sont succédé, qui font espérer que les malades atteints de tumeurs de la vessie bénéficieront des progrès de la chirurgie contemporaine.

Le 15 juin 1875, Billroth (1) extirpe avec succès, par une double taille hypogastrique et périnéale, un myôme de la vessie d'un enfant de 12 ans. L'année suivante, Volkmann (2) tente une opération semblable chez un homme de 54 ans, porteur d'une énorme tumeur de la vessie ; moins heureux que son prédécesseur, il voit mourir son malade de périto-

(1) Arch. für klinische Chirurgie. T. XVIII, p. 411, 1875, par le Dr Gussenbauer.

(2) Arch. für klin. Chir. 1876, vol. XIX, p. 682.

nite au troisième jour. La même année, Kocher (de Berne) (1) guérit par la taille périnéale et un grattage énergique de la paroi de la vessie un homme de 38 ans, souffrant depuis deux ans d'hématuries rebelles, de douleurs intolérables et rendant des urines ayant une odeur insupportable. Ces trois observations enhardirent les chirurgiens, et à partir de cette époque les annales de la science contiennent chaque année soit quelques observations d'opérations de tumeurs de la vessie, soit quelques monographies relatives à ce sujet. Parti de l'Allemagne, ce mouvement s'est propagé d'abord en Amérique et en Angleterre, il ne s'est fait sentir en France que depuis un an ou deux environ, et il a déjà provoqué un nombre assez grand d'opérations.

Robert S. Hudson publie dans *The Dublin Journal of médical sciences* (juin 1879) un important travail sur le traitement chirurgical des fibromes papillaires de la vessie à propos de l'observation d'un malade qui, pendant une douzaine d'années, fut tourmenté à diverses reprises par des hématuries, des douleurs, de la cystite, accidents auxquels il finit par succomber. De son étude, il résulte que la maladie villeuse (*Villous disease*) de la vessie est plus fréquente qu'on ne le croit généralement; son diagnostic épineux peut cependant être fait par exclusion; son traitement par une opération n'est ni difficile ni dangereux chez la femme, et il y a lieu d'espérer qu'en pratiquant la cystotomie préalable chez l'homme, on pourrait combattre avantageusement ce genre de néoplasme. Deux ans après, en 1881, un autre chirurgien américain, Alexander W. Stein (2), fait paraître une monographie des plus complètes

(1) Centralblatt f. Chir., 1876, p. 193.

(2) A study of the tumors of the bladder with original contributions and drawings, par Alex. Stein. New-York, 1881.

sur la question et rapporte toutes les opérations de tumeurs de la vessie pratiquées jusqu'alors dans les deux sexes. Il n'a pas eu pour sa part l'occasion d'intervenir, mais ses lectures l'ont convaincu de l'utilité de l'opération qui, alors même qu'elle n'extirpe pas radicalement le néoplasme, soulage dans tous les cas le patient. Il se prononce pour l'intervention hâtive; il recommande chez la femme l'extirpation par les voies naturelles dilatées ou agrandies par la kolpo-cystotomie ; sans se déclarer enthousiaste de la cystotomie sus-pubienne, il reconnaît cependant que « par le haut appareil les parties sont mieux exposées à la vue, avantage qui, dans certains cas difficiles, prime toutes les autres considérations (1). »

En Angleterre, quelques extirpations par la taille périnéale sont pratiquées et simplement publiées de 1878 à 1881. Cest d'abord Humphry (de Cambridge) (2) qui ouvre par le périnée la vessie d'un jeune homme de 21 ans, non dans l'espoir d'arracher un néoplasme, mais de faire cesser des douleurs intolérables; une tumeur à surface ulcérée, attachée par un pédicule aux environs de l'uretère droit, se présente et est extirpée avec les doigts et les pinces. Les douleurs se calmèrent, la plaie se cicatrisa, et six mois après le malade jouissait de la meilleure santé. Davies-Colley (3) fait la même opération chez un homme de 32 ans et enregistre également un succès. Berkeley Hill est moins heureux ; il taille un homme de 63 ans cachectique et se plaignant de douleurs violentes, enlève par le grattage les parties saillantes d'un volumineux néoplasme et voit mourir son malade d'épuisement le troisième jour.

Le 11 avril 1882, sir Henry Thompson communique à la *Royal medical and chirurgical Society* un premier cas d'ex-

(1) Loc. cit., p. 85.
(2) Humphry. British med. Journal, 1878, t. II, p. 360.
(3) Davies-Colley. British med. journal 18 décembre 1880.

ploration et d'extirpation d'un fongus de la vessie faite deux ans avant avec un plein succès, au moyen d'une nouvelle méthode, qu'il expose très succinctement dans cette séance. Depuis cette époque, le chirurgien anglais a pratiqué un très grand nombre de fois son opération, soit simplement pour explorer la cavité du réservoir urinaire dans les cas de diagnostic embarrassant, soit pour en extirper quelque néoplasme. Nous ne rappellerons ici que les principales publications de sir Henry Thompson à ce sujet, renvoyant à l'index bibliographique pour les indications des nombreuses autres communications et notes.

C'est dans une leçon professée à l'*University college* et publiée dans les numéros de *The Lancet* du 3 et du 10 février 1883, que sir Henry Thompson expose longuement sa nouvelle méthode d'exploration de la vessie et d'extirpation des tumeurs qu'on peut y rencontrer. Elle consiste à pénétrer dans la vessie de l'homme par le chemin le plus court, au moyen d'une incision médiane faite sur la ligne du raphé, ouvrant l'urèthre au niveau de sa portion membraneuse et permettant l'introduction de l'index gauche, qui dilate le canal prostatique, le col de la vessie et arrive ainsi *sans danger* dans l'intérieur du réservoir. Il est dès lors facile d'explorer ses parois latérales, son bas-fond, son trigone et même son sommet, surtout si la main droite libre, pressant sur l'hypogastre, le déprime et l'amène au contact de la pulpe du doigt explorateur. Ce n'est point une « cystotomie », dit l'opérateur anglais, c'est encore moins « une lithotomie ». Tout se résume dans la « boutonnière périnéale » employée déjà depuis longtemps, mais dans un autre but par les chirurgiens français. Sir Henry Thompson revendique le seul mérite d'avoir appliqué ce procédé à l'exploration de la vessie et à l'extirpation des diverses tumeurs, qui peuvent s'y rencontrer. Pour accomplir cette

deuxième partie de son programme, Thompson a fait construire une série de forceps, qui s'appliquent aux différents volumes et aux différents points d'implantation des néoplasmes. Chez la femme, la dilatation de l'urèthre ouvre une voie suffisante à toutes les manœuvres. L'auteur termine sa leçon en résumant brièvement quatorze cas d'opérations de ce genre pratiquées à cette époque, parmi lesquels se trouvent six extirpations de tumeurs. Dans une clinique toute récente publiée dans le même journal, en date du 28 juin 1884, sir Henry Thompson revient sur ce même sujet et donne les résultats de vingt opérations faites jusqu'alors (2 chez la femme et 18 chez l'homme). Ses conclusions sont précédées de considérations sur la nature, la forme, le volume, le point d'implantation des néoplasmes vésicaux, toutes notions en faveur de l'intervention chirurgicale, suivant le savant clinicien.

D'autres chirurgiens anglais ont partagé les idées de sir H. Thompson, soit théoriquement dans les discussions soulevées au sein des sociétés savantes, soit pratiquement en répétant sur les malades l'opération de la boutonnière périnéale. En septembre 1882, Morgan a eu un beau succès opératoire chez un homme de 65 ans, de la vessie duquel il enleva un petit papillome du volume d'une aveline, donnant lieu depuis plus de quinze ans à d'horribles douleurs et à d'abondantes hémorrhagies. Whitehead et Pollard (de Manchester) ont fait l'opération de Thompson quatre fois chez l'homme et deux fois chez la femme, et ont publié à ce sujet un travail intéressant dans *the Lancet* (6, 13 et 20 octobre 1883). Ces auteurs adoptent la boutonnière périnéale, mais ils en font toutefois ressortir les difficultés dans les cas de périnée épais et d'hypertrophie considérable de la prostate.

Tels sont les travaux faits sur cette question de l'autre

côté du détroit. Les chirurgiens du continent ne sont pas restés inactifs.

Les allemands Simon, Winckell, Bishop, Schätz, Marie Heim-Vœgelin dilatent l'urèthre chez la femme et extirpent, soit par écrasement, soit par grattage, un très grand nombre de néoplasmes de la vessie. Les opérations sont moins nombreuses chez l'homme, en raison de la difficulté du diagnostic et du danger de l'ouverture du réservoir urinaire, jusqu'au jour où l'application de la méthode opératoire par ballonnement, vient démontrer à Petersen la sûreté et la facilité de l'ouverture de la vessie par le haut appareil. Dans son mémoire *sur la section haute*, lu au congrès pour les sciences chirurgicales, à Berlin, dans la séance du 7 avril 1880, Petersen, au nombre des indications de la taille de Franco réhabilitée et perfectionnée, signale l'hypertrophie de la prostate et les tumeurs de la vessie. L'année suivante un chirurgien italien, Marcacci, ouvre résolument la vessie par-dessus le pubis chez un homme âgé de 55 ans, suture la plaie au catgut et applique un pansement antiseptique. Tout semblait promettre la guérison, lorsque le malade mourut deux mois après d'infiltration d'urine et de péritonite. Le cas, il faut l'avouer, était peu favorable à l'intervention, et sans doute que si l'on eût trouvé une de ces productions pédiculées et facilement énucléables que nous savons aujourd'hui assez fréquentes, la section hypogastrique eût enregistré un succès opératoire complet. Est-ce la crainte d'un pareil insuccès ou la facilité de l'extraction d'une tumeur mobile et de petit volume, qui fit que Volkmann, dans une opération que nous rapporte Rauschenbusch dans sa dissertation inaugurale, se contenta d'une incision périnéale?

C'est en France que la section hypogastrique a été méthodiquement appliquée à l'extirpation ou *plus exactement*

au traitement des néoplasmes de la vessie. A M. Pierre Bazy revient le mérite d'avoir fait la première opération de ce genre après avoir exactement précisé le diagnostic et tracé d'avance le plan opératoire. Cette opération *princeps* est trop importante pour que je n'en rapporte pas ici les traits principaux.

Un homme de 47 ans, présentant depuis trois mois les signes rationnels d'un néoplasme de la vessie : mictions fréquentes, impérieuses et douloureuses à la fin, hématuries répétées et survenant sans cause, vient consulter M. Bazy au mois d'août 1882. A ce moment le toucher rectal et la palpation hypogastrique ne révèlent rien, pas plus que le cathétérisme. Quelques semaines après on sent très manifestement à travers la paroi abdominale l'existence d'une tumeur intravésicale du volume d'un œuf; sa présence est encore mieux constatée par le toucher rectal, qui révèle au-dessus de la prostate saine une tumeur ferme, élastique, n'ayant pas la consistance du fibrome; elle paraît sessile, implantée sur le côté gauche de la vessie et est parfaitement mobile. Le cathétérisme montre que tout le côté gauche du réservoir est occupé par une masse saillante, qui accroche le bec de la sonde, tandis que du côté droit, ce bec se meut librement. A partir de ce moment les troubles fonctionnels s'exagèrent rapidement et rendent l'existence intolérable. Aux fréquences, aux douleurs de la miction s'ajoute de l'incontinence des urines, et bientôt les hématuries reparaissent menaçantes. Malgré ces pertes de sang, malgré la privation de sommeil, le malade a peu maigri, mais il est désespéré et réclame à tout prix une opération. M. Bazy, qui dans les premiers temps avait laissé entrevoir la possibilité d'une intervention, résiste d'abord à ses prières, son exploration ne lui laissant aucune illusion sur les difficultés et les dangers d'une tentative d'opération. A la fin

cependant, de plus en plus pressé par le malade et son entourage d'une part, réfléchissant d'autre part que si l'ouverture de la vessie ne permet pas de tenter l'extirpation du néoplasme, le malade en retirera toutefois bénéfice par la cessation probable des envies d'uriner, des douleurs et du ténesme vésical, M. Bazy, se décide à agir. Il prend conseil de ses maîtres, M. le professeur Guyon et M. Monod chirurgien des hôpitaux, et leur soumet son plan opératoire qui peut se résumer ainsi : ouverture de la vessie par l'hypogastre, exploration de sa cavité et constatation du volume, de l'étendue d'implantation du néoplasme; extirpation si possible de la tumeur, ou sinon établissement d'une fistule vésicale. MM. Guyon et Monod vérifièrent l'exactitude du diagnostic et approuvèrent le plan ci-dessus. Le 20 décembre 1882, en présence de ses maîtres, M. Bazy accomplit fort habilement son programme. Il ouvre largement la vessie au-dessus du pubis, trouve une tumeur implantée largement sur la paroi gauche, supprime par le grattage la portion la plus saillante sans chercher à faire une extirpation complète, place les deux tubes siphons classiques et applique un pansement antiseptique. La perte de sang ne fut pas très abondante, l'hémostase eut lieu facilement, le malade supporta très bien toutes les manœuvres. Dès le lendemain il ne souffrait plus et ses urines étaient devenues claires et limpides. La plaie marcha rapidement vers la guérison, mais fidèle à son plan, M. Bazy la maintint béante à l'aide d'une canule spéciale. Cependant bien que ne souffrant plus, bien que n'ayant plus d'hématurie, le malade, qui avait eu un moment l'illusion d'une cure radicale, perd peu à peu l'appétit et a des accès de fièvre, la langue se sèche, l'affaiblissement va croissant et la mort l'emporte lentement, sans souffrances, six mois après l'opération.

Ce fait a été le point de départ d'un travail très intéres-

sant présenté par M. Bazy à la Société de chirurgie. L'auteur y discute fort sagement les indications et les contre-indications chirurgicales dans les tumeurs de la vessie chez l'homme. Au chapitre « Opération » il traite de l'opération palliative et de la cure radicale, et compare fort heureusement les résultats de la première à ceux de l'anus artificiel dans le cancer ano-rectal; enfin, contrairement à Thompson et aux chirurgiens anglais, il préfère pour plusieurs raisons l'incision hypogastrique à la boutonnière périnéale. M. Monod, dans son très remarquable rapport sur le travail de Bazy, en accepte la majeure partie des conclusions. Toutefois il se montre moins entreprenant et ne conseille l'opération que pour les tumeurs bien franchement et bien nettement reconnues, limitées et pédiculées; dans les autres cas de tumeurs sessiles on ne doit agir que la main forcée par quelques troubles fonctionnels graves. Il fait aussi quelques réserves sur la résection partielle de la vessie, que M. Bazy n'accepte, s'empresse-t-il d'ailleurs de reconnaître, que dans des limites parfaitement rationnelles.

M. le professeur Verneuil, dans la discussion qui suivit ce rapport, s'éleva contre l'abus ou mieux les dangers du grattage des cancers en général et, acceptant l'idée de la suppression des douleurs par l'ouverture de la vessie, se déclara partisan de l'intervention dans les tumeurs vésicales, comme opération purement palliative, mais non radicale.

Notre maître M. Guyon avait aussi un des premiers compris les avantages de l'incision hypogastrique pour la pratique des opérations intra-vésicales, en particulier l'extraction des tumeurs, et dans un important mémoire paru dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*,

à la fin de 1882, sur la taille hypogastrique, il écrivait (1) : « Le ballonnement place la vessie sous la main et sous l'œil du chirurgien ; il est donc naturel de penser à utiliser ces conditions favorables pour pratiquer d'autres opérations que celles qui ont pour objet l'extraction des calculs ; mais, avant de les tenter, le diagnostic aura dû être précisé de telle sorte que leur utilité soit justifiable. Ce qui sera certainement là un des écueils de l'application de la taille hypogastrique au traitement des tumeurs de la vessie. » Avec son grand sens clinique, M. le professeur Guyon voyait bien par où péchait une semblable entreprise. Il fallait donc réviser la symptomatologie des néoplasmes de la vessie et voir quelle valeur clinique et opératoire pouvait se tirer des symptômes fonctionnels et des signes physiques présentés par les malades atteints de tumeurs vésicales. C'est ce qu'entreprit aussitôt notre maître, et, pendant l'année que nous eûmes l'honneur de passer dans son service en qualité d'interne, il se convainquit par l'examen de plusieurs malades atteints de néoplasmes vésicaux que l'interprétation des troubles fonctionnels et une exploration méthodique permettent la plupart du temps d'asseoir un diagnostic exact sur la nature, le volume, le siège, les connexions d'une tumeur intra-vésicale, de sorte que c'est toujours à bon escient qu'on ouvrira le réservoir urinaire. Ces vues se trouvent résumées dans une clinique publiée au commencement de cette année dans les *Annales*. A côté des considérations de diagnostic, M. Guyon discute la meilleure voie à suivre pour pénétrer dans la vessie et se prononce pour la voie sus-pubienne.

A cette époque, notre maître n'avait pratiqué que deux de ces opérations, où nous l'avions assisté comme aide ;

(1) Annales des maladies des organes génito-urinaires, t. I, n° 2, p. 131.

depuis il y a eu recours trois autres fois et a bien voulu nous rendre témoin de son intervention. Nous rapporterons en détail ces observations à la fin de notre travail.

Nous terminerons cet historique en signalant une lettre d'Angleterre adressée à la *Semaine médicale* par le Dr Schreider, au mois de mars dernier, et dans laquelle quelques points de la pratique de sir Henry Thompson sont rappelés, ainsi qu'une opération à laquelle a assisté le correspondant. Enfin M. le Dr Paul Reclus, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, a publié, dans le n° du 28 mars 1884 de la *Gazette hebdomadaire*, un article substantiel dans lequel se trouvent résumés les traits principaux de la question (1).

(1) Au moment de livrer mon travail à l'impression, je relève dans la Rev. des sc. méd. (juillet 1884) l'indication d'un travail de R. B. Bontecou : External median perineal urethrotomy for cystitis and for the removal of morbid growths from the bladder (Transact. of the american Surgery Associat. T. I, p. 505). Le chirurgien américain a pratiqué ainsi avec succès deux extirpations de petites tumeurs polypoïdes chez des malades souffrant depuis longtemps d'une cystite rebelle.

CHAPITRE II.

CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE HISTOLOGIQUE, LA FRÉQUENCE, LE SIÈGE, LES CONNEXIONS, LES LÉSIONS CONCOMITANTES DES NÉOPLASMES DE LA VESSIE.

Il est encore difficile de donner une classification anatomique des néoplasmes de la vessie. Certainement les études histologiques de ces dernières années sont venues démontrer la nature d'un certain nombre de dégénérescences de cet organe et leur assigner une place dans la nomençlature des productions pathologiques, en même temps que leur histoire clinique s'est enrichie de faits propres à les faire reconnaître du vivant même du malade.

Parmi ces dégénérescences, la tuberculose vésicale est assurément la mieux connue, grâce aux travaux de l'École de Necker (1); les fongus villeux ou angiome villeux, ont été aussi l'objet d'un bon travail de M. Molinier (2), et il y a deux ans un très remarquable mémoire de M. Féré (3) collectionnait tous les faits de cancer épars dans les diverses publications scientifiques.

En Angleterre, les travaux de Braxton Hicks (4), de

(1) Tapret. Tuberculisation des organes urinaires (Arch. gén. de méd., 1878, t. I, p. 513, et 1879, t. II, p. 403).

E. Monod. Tubercules de la vessie, Progrès médical, 9 et 16 août 1879.

(2) Molinier. Essai sur le fongus villeux ou angiome villeux de la vessie. Th. Paris, 1870.

(3) Féré. Du cancer de la vessie. Mémoire couronné (Prix Civiale), 1880.

(4) Braxton Hicks. The Lancet, 1867.

H. Thompson, de Coulson, de Harrison; en Amérique, ceux de Gros et de Stein; en Allemagne, ceux de Virchow, Roser, Billroth, Volkmann, Kocher ont mis en relief la nature histologique de certaines tumeurs, et les ont nettement séparées ainsi des autres néoplasmes, qui présentent avec elles quelques points de ressemblance dans leur conformation extérieure et leur aspect macroscopique.

C'est en effet un caractère commun à bien des néoplasmes de la vessie que d'affecter la forme de polypes, d'excroissances, de végétations irrégulières à leur surface, tomenteuses, verruqueuses ou frangées leur donnant l'apparence de choux-fleurs (*cauliflower like appearance*), de houppes soyeuses, d'où les noms vagues de tubercules, de tubérosités, de caroncules, que l'on trouve dans les anciens auteurs; les dénominations plus récentes de fongus, de tumeur villeuse (*villous growth*, *villous disease*) ne sont pas plus précises (1). L'aspect du néoplasme à la coupe, pas plus que son apparence extérieure, ne saurait donner une notion précise de sa nature, et il est incontestable que sous les noms de *carnosités*, de *squirrhosités*, les anciens confondaient les productions les plus variées; de nos jours même, les appellations de papillome, de cancer villeux de la vessie, employées par les auteurs, n'ont pas une rigueur scientifique suffisante.

Le microscope seul est capable de nous révéler la véritable nature d'une tumeur; mais malgré le désir que j'aurais de m'en rapporter exclusivement à ce critérium pour classer les nombreux néoplasmes dont j'ai relevé les obser-

(1) Whitehead et Pollard (loc. cit.) font remarquer ce fait intéressant, que la tendance à la forme villeuse des tumeurs de la vessie s'explique par l'origine allantoïdienne de la vessie; les villosités du chorion, végétations de l'allantoïde, ne sont en quelque sorte que des productions villeuses physiologiques.

vations, je ne puis y satisfaire. Force m'est donc d'accepter le diagnostic anatomique de leurs auteurs.

Je n'ai pas besoin de dire que je ne m'occupe pas des dégénérescences secondaires de la vessie, si fréquentes chez la femme, en raison du voisinage immédiat de l'utérus et du réservoir urinaire. L'envahissement de la vessie, se produisant à la période ultime de l'affection, n'est pas, on le comprend, justiciable de l'intervention chirurgicale. Je dois aussi faire remarquer que le cancer (ce mot pris ici dans son acception la plus générale de tumeur maligne), développé secondairement dans les parois de la vessie par infection générale de l'économie, ne m'intéresse pas pour les mêmes raisons; d'ailleurs ces cas sont si rares que Féré dit n'en avoir relevé que deux (1). Les néoplasmes développés primitivement dans la vessie m'occupent donc seuls.

Une grande division s'impose d'elle-même, la division en *tumeurs bénignes* et *tumeurs malignes*.

Dans les *tumeurs bénignes*, je ferai entrer :

Les Papillomes (lisses ou villeux);

Les Myxomes ;

Les Fibromes ;

Les Myômes.

Dans les *malignes*, je classerai :

Les Epithéliomes ;

(1) Je trouve dans le compte rendu de la Pathological Society of London (séance du 20 mars 1883) une curieuse observation communiquée par M. Clutton. Il s'agit d'un homme de 62 ans, qui présentait à la fois une tumeur du crâne et de la vessie. L'examen de la tumeur du crâne montra qu'on avait affaire à un sarcome alvéolaire. La tumeur de la vessie était également un sarcome, mais les cellules en étaient beaucoup plus petites et groupées différemment. Toutefois le chirurgien anglais pense que le néoplasme vésical s'est développé secondairement par infection.

Les Carcinomes { encéphaloïdes; squirrhes; colloïdes;

Les Sarcomes.

A côté de ces tumeurs, qu'on rencontre à des degrés de fréquence variable dans la vessie, je rappellerai simplement pour mémoire l'existence de néoformations dont il est très difficile d'expliquer la pathogénie et qu'on a trouvé très rarement dans le réservoir urinaire. Ce sont d'abord ces productions que Cruveilhier décrit dans son anatomie pathologique (1) sous le nom de *vésicules* et qu'il attribue au développement des follicules du bas-fond de l'organe. L'absence de tout corps glandulaire dans la vessie doit faire repousser pareille interprétation. Viennent ensuite des kystes, qui sont très probablement formés par le décollement de la tunique muqueuse de la tunique musculeuse. Tels sont les faits observés par Robert Knox et Liston (2). Quant aux tumeurs érectiles, rien n'est moins démontré que leur présence dans la vessie. L'observation que Broca (3) donne dans son Traité des tumeurs se rapporte bien plutôt à un papillome qu'à une tumeur érectile. Enfin les enchondromes sont si rares qu'on en trouve peut-être un cas unique dans la littérature médicale. Je l'ai trouvé dans la Gazette médicale de Paris pour l'année 1836 (4).

Je me suis bien gardé d'employer dans la classification précédente les expressions de tumeurs villeuses, de villo-

(1) Cruveilhier. Traité d'anatomie générale. T. III, p. 357.

(2) Robert Knox. Some Remarks on the formation of membranous Cysts in the interior of the urinary bladder. Med. Times and Gazette, 1862, p. 104.

(3) Broca. Traité des tumeurs. T. II, p. 211.

(4) Le fait que Landeta a communiqué à la Soc. anat. en 1861, p. 191, provenait du bassin et avait envahi secondairement la vessie.

sités, bien que ce soit un terme qu'on rencontre à chaque instant dans les auteurs ; il ne sert en effet, comme je l'ai déja dit, qu'à exprimer l'aspect commun sous lequel se présentent les néoplasmes les plus différents par leur structure.

Voyons maintenant dans quelle proportion ces diverses tumeurs se rencontrent. Le travail de Stein est le plus précis à cet égard ; il nous donne :

Tumeurs bénignes :	
Papillomes	60
Myxomes	15
Fibromes	15 (1)
Myômes	3 (2)

Il ne fournit pas de chiffres pour les tumeurs malignes, mais, s'appuyant sur l'autorité de Gross, il n'hésite pas à conclure, contrairement à ce que pense Coulson, que les épithéliomes l'emportent de beaucoup par leur fréquence sur les autres néoplasmes malins ; pour lui, bien des tumeurs décrites sous le nom de cancer villeux sont des épithéliomes. L'encéphaloïde occupe le second rang, puis vient loin derrière le squirrhe.

Le sarcome n'a été relevé par cet auteur que cinq fois ; enfin il cite deux cas de sarcome mixte, un myo-carcinome et un sarco-myôme.

Sir Henry Thompson, qui a pratiqué l'examen microscopique des douze cas de tumeurs qu'il a enlevées par la boutonnière périnéale, nous donne les résultats suivants :

(1) L'auteur fait remarquer que les fibromes purs sont rares.

(2) Ces trois cas de myômes appartiennent l'un à Wolkmann qui l'enleva avec succès; les deux autres au Dr Chiarri, de Vienne, qui les trouva à l'autopsie chez des individus morts de maladie intercurrente (in Des myômes de la vessie par Belfield, Wiener med. Woch., nº 12, 1881.)

Papillomes........................	
Epithéliomes ou sarcomes..............	3
Hypertrophie de la tunique sous-muqueuse........................	1

Il ajoute qu'ayant examiné avec le plus grand soin *une centaine* de tumeurs de la vessie, conservées dans les musés de Londres, il en a rencontré 60 non malignes et 40 malignes.

Féré, sur les 145 cas qu'il a collectionnés, n'a trouvé que 82 fois la forme anatomique signalée. Ces 82 faits se décomposent ainsi :

Encéphaloïde ou médullaire...........	39
Squirrhe............................	7
Epithéliome.........................	5
Sarcome.............................	3
Colloïde............................	1
Villeux (cette dénomination n'a aucune valeur au point de vue de la nature du néoplasme).....................	27

La collection du musée de l'hôpital Necker nous fournit 18 faits, dans lesquels nous trouvons :

Tumeurs bénignes....................	9
Tumeurs malignes....................	9

En somme, en additionnant tous les faits dans lesquels la nature de la tumeur vésicale est suffisamment indiquée, nous en trouvons 205, se décomposant ainsi :

Tumeurs bénignes....................	138
Tumeurs malignes....................	67

On voit, en résumé, que les tumeurs bénignes l'emportent sur les malignes. On peut, il est vrai, objecter à notre statistique que Stein ne donne aucun chiffre indiquant la proportion des tumeurs malignes et que ses chiffres sont tout au bénéfice des néoplasmes bénins ; par contre, je ferai

remarquer que Féré ne s'occupe dans son travail que du cancer et qu'il laisse un peu de côté les productions bénignes. Les choses ne se compensent-elles pas à peu près?

Après la connaissance de la nature histologique, un point important pour le but que nous poursuivons, c'est de savoir le siège du néoplasme et la forme sous laquelle il se présente. Est-il infiltré dans les parois de la vessie ? fait-il un relief plus ou moins saillant dans la cavité de l'organe et, dans ce cas, quelle est l'étendue de son pédicule? La réponse à la première question décidera, nous le verrons, de la voie à suivre pour arriver sur la tumeur ; la réponse à la seconde décidera du mode d'exérèse.

Tous les auteurs qui ont fait des recherches sur le siège des tumeurs de la vessie, s'accordent à reconnaître que leur siège de prédilection, quels que soient leur volume, leur forme ou leur structure histologique, est la base; puis viennent le trigone, la paroi postérieure, le voisinage des urétères ; le col, la paroi antérieure, les parois latérales, le sommet sont rarement le siège du néoplasme. Les chiffres suivants sont très démonstratifs ; nous les empruntons au travail de Féré. Sur les 145 cas qu'il a analysés, 87 fois le siège du néoplasme est indiqué ; il se répartit de la façon suivante :

Base	26
Paroi postérieure	17
Voisinage de l'uretère gauche	8
Voisinage de l'uretère droit	5
Base et paroi postérieure	7
Paroi postérieure et paroi supérieure	5
Base et paroi antérieure	3
Parois postérieure et latérale gauche	2
Base et paroi latérale gauche	2
Base et paroi latérale droite	1
Paroi latérale gauche	2

Paroi latérale droite..................	2
Paroi antérieure......................	2
Paroi antérieure et supérieure.........	1
Col..................................	3
Sommet...............................	2
Tumeurs diffuses.....................	8

Stein ne rapporte pas de chiffres indiquant la proportion du siège des néoplasmes, mais il déclare très nettement, aussi bien pour les tumeurs bénignes que pour les tumeurs malignes, que leur siège de prédilection est la paroi postérieure, puis le trigone. « Quelquefois, dit-il, le point d'implantation est simplement indiqué par ces mots : « sur le « corps ; » rarement il est fait mention du col comme siège de la maladie. »

L'examen des pièces du musée de l'hôpital Necker donne les résultats suivants (1) :

Pièce n° 2. — Fongus occupant le bas-fond et la paroi latérale gauche de la vessie. La tumeur du bas-fond a la forme d'un godet de 5 centimètres de diamètre; de la paroi latérale gauche s'élève une végétation de 5 centimètres, libre et flottante.

Pièce n° 11. — Cancer ayant envahi la prostate, le trigone et le bas-fond et formant une masse non pédiculée.

Pièce n° 12. — Cancer occupe toute la paroi antérieure de la vessie.

Pièce n° 17. — Masses flottantes en forme de houppe, disposées en cercle autour du bas-fond.

Pièce n° 21. — Petite houppe villeuse sur le côté droit du trigone. Cancer du rein droit.

Pièce n° 26. — Cancer. La masse dégénérée envahit tout le bas-fond et réunit entre eux les viscères du petit bassin, en les faisant adhérer aux os.

Pièce n° 34. — Epithélioma pavimenteux lobulé occupant le bas-fond et la face postérieure de la vessie ; de grosses papilles ulcérées hérissent la tumeur implantée par une large base.

(1) Je rapporte aussi brièvement, mais aussi complètement que possible l'aspect et le mode d'implantation de ces néoplasmes. Les numéros des pièces sont ceux du catalogue de la collection du musée.

Dans la fosse iliaque gauche se trouvait une grosse masse de ganglions dégénérés. Calculs dans le rein droit et dans le bassinet.

Pièce n° 35. — Cancer diffus occupe toute l'étendue de la face interne de la vessie, mais est surtout prédominant sur les faces latérales et forme des saillies mamelonnées, fongueuses.

Pièce n° 73. — Cancer infiltré de la paroi postérieure, pas de masses végétantes.

Pièce n° 84. — Fongus villeux forme 3 masses végétantes, peu vasculaires, pédiculées, occupant la région du trigone et le bas-fond.

Pièce n° 92. — Masse fongueuse, pédiculée, occupant le côté gauche du bas-fond.

Pièce n° 93. — Fongus pédiculé siégeant sur le côté gauche du bas-fond.

Pièce n° 104. — Cancer encephaloïde formant une masse végétante en chou-fleur sur la paroi antérieure et les faces latérales de la vessie.

Pièce n° 110. — Énorme masse fongueuse remplissant toute la vessie, implantée par un pédicule de 5 à 6 centimètres sur le côté droit de la vessie.

Pièce n° 114. — Tumeur occupant la face postérieure et inférieure de la vessie sous forme de plusieurs petites masses pédiculées.

Pièce n° 116. — Masse végétante se désagrégeant sous un filet d'eau et laissant une surface circulaire d'implantation de 7 à 8 centimètres de diamètre, occupant la partie latérale gauche de la vessie, ne dépassant pas le trigone en bas, mais empiétant en arrière sur la face postérieure.

En résumé, le néoplasme occupe dans ces pièces, comme dans les observations des auteurs cités plus haut, surtout le bas-fond et le trigone; viennent ensuite les faces latérales; deux fois seulement la tumeur siégeait sur la face antérieure.

Si l'on consulte nos tableaux résumant tous les cas d'extirpations de néoplasmes vésicaux faites jusqu'à ce jour, on voit encore la prédominance du bas-fond, du trigone et de la paroi postérieure comme siège de l'implantation. M. Guyon compare fort ingénieusement la vessie sectionnée en deux hémisphères par un plan passant par le méridien horizontal, à une sorte de boite, dont le couvercle mobile est dans la très grande majorité des cas exempt de lésions,

tandis que le fond immobile, adhérent, inattaquable, est le siége ordinaire de l'implantion des néoplasmes.

Cette donnée topographique trouvera son application, comme je l'ai déja dit, lorsqu'il s'agira de discuter quel est le meilleur chemin à suivre pour pratiquer l'exérèse des néoplasmes vésicaux.

Une autre donnée, que je dois de suite dégager des observations anatomiques, est relative à la façon dont s'implantent les tumeurs sur la paroi de la vessie. Malheureusement les auteurs sont à peu près muets à cet égard, ou du moins très peu explicites ; il semble cependant qu'on doive conclure de la lecture des observations que le plus souvent les néoplasmes sont pédiculés ou font un relief plus ou moins accentué dans la cavité de la vessie ; la minorité infiltre les parois. Stein se contente de dire à propos des papillomes qu'ils sont plus souvent pédiculés que sessiles.

Je puis être plus précis en donnant le résultat de l'examen des pièces du musée Necker. Sur 18 pièces, on voit que 13 fois la tumeur était plus ou moins nettement pédiculée, mais faisait toujours un relief prononcé dans l'intérieur de la vessie, tandis que 5 fois seulement elle infiltrait sa paroi de sorte que le malade n'aurait pu en aucune façon bénéficier d'une opération.

Stein emprunte à Gersuny le fait suivant, d'un polype très intéressant par son point d'implantation, son enclavement dans un diverticulum, et par l'existence d'un calcul développé dans une seconde dilatation du sommet de la vessie. Il s'agit d'un homme de 49 ans, atteint d'une tumeur vésicale qu'on essaya vainement d'enlever par la taille périnéale. Le malade mourut. A l'autopsie, on trouva sur le côté droit du bas-fond un diverticulum de la vessie enfermant une tumeur du volume d'un œuf de poule,

rattachée au fond de sa loge par un mince pédicule du calibre d'une plume d'oie. Au sommet de la vessie se trouvait un kyste purulent s'ouvrant, d'une part en arrière dans la vessie, et d'autre part en avant, immédiatement derrière la paroi abdominale, dans une cavité qui renfermait un calcul du volume d'une noix ayant pour noyau l'extrémité d'une sonde brisée.

C'est un fait très remarquable que l'intégrité des ganglions lymphatiques pelviens et lombaires dans les tumeurs de la vessie histologiquement démontrées les plus malignes, de même que l'absence de l'infection générale de l'économie (1).

Féré a relevé à peine une dizaine de cas dans lesquels cet engorgement se trouve signalé. Les malades succombent en général tous de la même façon, soit par des hémorrhagies répétées, qui les épuisent jusqu'à la mort, soit par quelques complications tenant au siège de la lésion, de telle sorte que la malignité du néoplasme est bien plutôt commandée par les accidents, qu'il détermine, que par sa forme anatomique. C'est certainement cette manière d'être des tumeurs vésicales qui, avant l'emploi des recherches microscopiques, les a fait englober sous la dénomination générale de cancer.

On a vu de petites houppes villeuses larges comme une pièce de deux francs, de constitution histologique fran-

(1) Doit-on mettre cette intégrité des ganglions sur la structure particulière des parois de la vessie, dans l'épaisseur desquelles, au dire de M. le professeur Sappey, ne se trouveraient pas de réseaux lymphatiques? Mais il convient aussi d'ajouter que M. et Mme Hoggan, dans un travail « On the comparative anatomy of the mammalian urinary bladder » paru dans le Journal of anat. and. physiol., avril 1881, ont démontré que dans la vessie du cheval, du mouton, du porc, du singe, du lapin, etc., il existe des lymphatiques dans la muqueuse du trigone.

chement bénigne donner lieu à des hématuries abondantes, se répétant quelquefois à de longs intervalles, mais devenant à la fin mortelles. Entre autres observations analogues du registre du musée de Necker, nous relevons la suivante :

Observation I.

(Résumé extrait du registre du musée Necker, n° 93.)

B... (Auguste), 58 ans, entré à la salle Saint-Vincent le 11 décembre 1877. En 1863, ce malade eut sa première hématurie. D'abord peu abondants et séparés par de longs intervalles, les pissements de sang devinrent plus intenses et plus rapprochés. Tandis qu'au début, les urines étaient seulement légèrement teintées en rouge pendant quelques jours; elles étaient dans ces derniers temps tout à fait noirâtres pendant des mois entiers. Il y a quelques mois, caillots en grande abondance dans les urines; mictions devenues depuis cette époque difficiles et douloureuses.

B... vient à l'hôpital parce que depuis quelques jours la quantité de sang rendu dans les urines est devenue très considérable. Les urines sont en effet très brunes, noirâtres, et contiennent un très grand nombre de caillots.

Le malade ne se plaint pas d'autre chose, l'appétit est assez bien conservé, mais la peau offre une teinte jaune pâle. Amaigrissement et affaiblissement très marqués. Pas de douleurs ni spontanées, ni provoquées.

Toucher rectal : légère hypertrophie du lobe gauche de la prostate ; on sent que la vessie ne se vide pas, mais on ne constate aucune tumeur, aucune dégénérescence de cet organe. Palper hypogastrique également négatif.

Pas d'exploration vésicale.

Tisane de chiendent. Toniques.

Malgré le repos au lit, malgré l'emploi d'ergotine en injections sous-cutanées, les hémorrhagies persistent et vont en augmentant d'intensité. Peu à peu le malade tombe dans l'adynamie la plus profonde et s'éteint lentement le 21 décembre.

Autopsie. — Rien à noter du côté des viscères splanchniques, si ce n'est un état légèrement gras du foie.

Reins et uretères absolument sains. Urèthre un peu rétréci. Prostate légèrement hypertrophiée, surtout à gauche.

Vessie grisâtre, assez grande, distendue par des caillots très nombreux. Muqueuse saine sans ulcération. Dans la partie gauche de la vessie, près du bas-fond, on remarque une tumeur en forme de champignon, du volume d'une grosse noix. Cette tumeur ne va pas jusqu'au col; sa consistance est celle de la pulpe cérébrale ramollie.

Outre ces hématuries, sur lesquelles je reviendrai longuement au chapitre Diagnostic, les tumeurs vésicales se compliquent durant leur lente évolution d'accidents localisés à la sphère urinaire et dont il me faut rechercher la fréquence, car ils peuvent devenir une contre-indication à toute intervention chirurgicale.

Je ne m'arrêterai pas longtemps aux complications résultant de l'obstruction des uretères ou du col par des masses fongueuses s'appliquant sur ces orifices. Ces accidents sont en général faciles à reconnaître, et leur constatation est du reste en faveur de l'intervention.

Stanley (1) raconte avoir observé un enfant du sexe masculin âgé de 30 mois, ayant une tumeur polypeuse intra-vésicale, qui se rabattait sur l'embouchure de l'urèthre et l'obstruait au point d'empêcher toute miction. L'urine distendit peu à peu l'orifice imparfaitement fermé de l'ouraque et détermina un abcès au niveau de l'ombilic. On l'ouvrit, et pendant les quelques jours qui précédèrent la mort de l'enfant, toute l'urine passa par l'orifice de la paroi abdominale.

Je dois aussi simplement signaler la fréquence de la sortie par l'urèthre des polypes de la vessie chez la femme; j'en cite un grand nombre d'exemples dans les tableaux.

Les lésions concomitantes de la vessie doivent m'arrêter plus longtemps, de même que celles des reins. La consta-

(1) Stanley. London Times and Gazette; 31 juillet 1852, cité par Wein.

tation de ces dernières est surtout de la plus grande importance.

Voyons d'abord les lésions de la vessie. Elles sont tout à fait tardives et n'éclatent, comme chez les calculeux, que du jour où une autre complication vient leur donner naissance : ce sera ou une rétention d'urine, mettant en jeu la sensibilité de la vessie à la distension, ou une manœuvre intempestive d'un chirurgien ayant oublié qu'avant de faire œuvre de chirurgien, il faut établir, autant que faire se peut, son diagnostic par des moyens médicaux.

L'observation suivante est bien propre à donner un exemple de la tolérance de la vessie pour les tumeurs. Pendant vingt-six ans la malade eut des hématuries *sans aucune douleur, sans catarrhe vésical* (1).

Obs. II. — (Extraite de la Rev. des sc. méd.)

Femme de 64 ans. Dans l'espace de dix-sept ans, quatre enfants et une fausse couche, sans suites fâcheuses. Sans avoir jamais éprouvé aucun trouble du côté des organes urinaires, elle fut prise en 1850 d'une violente hématurie, immédiatement après avoir soulevé un fardeau lourd. L'hémorrhagie dura quinze jours et ne reparut que quatre ans plus tard, pendant quelques jours, au cours de sa dernière grossesse. De 1854 à 1860, quatre nouvelles hématuries passagères, mais profuses.

En 1861, elles se reproduisent très abondamment pendant trois mois et obligent la malade à garder le lit.

En 1865 et 1866, hématurie considérable se prolongeant ainsi plusieurs semaines.

Dans l'intervalle, miction un peu sanguinolente chaque fois que la femme se fatigue, mais jamais aucune douleur. Jusqu'en 1873, les hématuries sont rares et peu prolongées. A partir de cette date, où la femme s'est retirée des affaires, elle reste quatre ans sans en avoir. En 1876, *catarrhe vésical intense*, rebelle à tout traitement; un cathété-

(1) Einige Faelle seltener blasener Krankungen, par Marie Heim. Vœgelin, de Zurich (Correspondenz Blatt für Schweizer Ærzte) n° 18, p. 388 et n° 14, p. 424, 1er et 15 juillet 1879. (Extrait de la Rev. des sc. med., vol. XVI, p. 269).

risme détermine une perte de sang importante, mais peu durable. Enfin, depuis mars 1877, les hématuries sont devenues permanentes.

Au mois de juin suivant, l'auteur voit pour la première fois la malade qui est robuste, mais très anémiée. La paroi vaginale antérieure est le siège d'une cicatrice très proéminente sur laquelle la femme ne donne aucun renseignement. Paroi vésicale postérieure un peu épaissie à la partie supérieure gauche, mais non douloureuse à la pression. L'urine obtenue par la sonde est rouge, noirâtre, sans odeur spéciale ni mélange de mucus, de pus ou de lambeaux de tissu.

Le 12 juin, la femme étant endormie, dilatation de l'urèthre avec les instruments de Simon. Cette opération n'offre aucune difficulté. L'index sent à gauche une tumeur saillante dans la vessie; c'est un papillome à surface villeuse, multilobulée, et ayant en totalité le volume d'une grosse noix; il est inséré sur une largeur de 1 centimètre 1/2, un peu à gauche du sommet de la vessie. Le tissu de la tumeur très friable se laisse facilement émietter sous le doigt, mais l'extraction des fragments est très laborieuse et nécessite des injections d'eau. L'hémorrhagie abondante s'arrête après des lavages phéniqués. Les manipulations avaient produit deux petites déchirures de la muqueuse au niveau du méat. Vessie de glace; deux injections quotidiennes d'eau blanche. Dès le deuxième jour, il n'y avait plus de douleur que pendant la miction, et le troisième, l'urine ne contenait plus de sang.

La cystite est une complication rare des tumeurs de la vessie, vierges de tout traitement, à condition, bien entendu, que leur point d'implantation sur le corps de l'organe, point de prédilection comme il a été déjà dit, ne leur permette pas de venir irriter le col et de s'opposer à l'évacuation complète des urines. Je reviendrai du reste sur cette question à propos de l'histoire clinique des tumeurs vésicales, et je n'aurai pas de peine à montrer combien dans nombre de cas cette affection se révèle par des symptômes peu variés, mais significatifs, contrairement à ce que pensent certains auteurs qui font des néoplasmes de la vessie un tableau clinique surchargé de détails. Pour le moment, je ne m'occupe que des lésions anatomiques que l'on trouve concurremment avec le néoplasme.

Je passe sur les variations de capacité de la vessie, qui

est trouvée tantôt rétractée sur la tumeur et contenant à peine quelques cuillerées de liquide, tantôt et moins souvent dilatée; mais j'attire l'attention sur l'épaisseur des parois dans les endroits demeurés indemnes de la dégénérescence. Elles sont presque toujours épaisses, mesurent quelquefois plus d'un centimètre, Cet épaississement est dû à l'hypertrophie des faisceaux musculaires et à l'hyperplasie du tissu cellulaire interstitiel. Ce sont là des caractères importants dans l'exploration de l'organe.

Je ne reviens pas sur l'aspect très variable offert par la surface de la tumeur saillant dans la vessie, m'y étant, je crois, suffisamment arrêté; j'ajoute seulement qu'on trouve presque toujours du sang en caillots adhérents dans les anfractuosités du néoplasme ou ramassé dans les parties déclives, avec des fragments détachés de la tumeur, tout cela formant un magma qui se désagrège sous l'action d'un filet d'eau, laissant la surface d'implantation irrégulière et tomenteuse. Pendant la vie du malade, ces fragments, entraînés avec l'urine seront, nous le verrons, un des plus précieux signes, non de la présence de la tumeur, mais de sa nature.

Une complication fréquente des tumeurs de la vessie lorsqu'il existe de la cystite, et qui a bien souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic et fait méconnaître la véritable nature de l'affection vésicale, c'est la gravelle phosphatique, résultat de la cystite chronique. Les dépôts de phosphates se présentent sous trois formes, à l'état de boue ou de graviers de petit volume mélangés et expulsés avec les urines; à l'état d'incrustation infiltrant non seulement la surface de la tumeur, mais encore les parties voisines; enfin, ils peuvent constituer de véritables calculs libres ou adhérents aux néoplasmes. Cette dernière particularité effrayait fort les anciens chirurgiens, au point

que Chopart (1) « assure que lorsque la pierre est implantée ou embarrassée dans la substance du fongus et qu'on l'arrache avec les tenettes, sa déchirure ou son éradication cause le plus ordinairement la mort. » Nous verrons ce qu'il faut penser de ces craintes. Beaucoup plus rarement on trouve en même temps que la tumeur vésicale des calculs d'oxalate de chaux ou d'acide urique ; ils n'ont pas, comme les calculs phosphatiques, de relation pathogénique avec le néoplasme vésical ; ils n'en sont pas la conséquence. Je ne crois pas non plus qu'on doive attribuer les papillomes vésicaux à l'irritation de la muqueuse par les calculs d'urates ou d'oxalates, car les individus atteints de tumeurs de la vessie sont bien rares en comparaison des calculeux, et d'ailleurs ne sait-on pas combien souvent la gravelle urique coïncide avec la diathèse cancéreuse, de sorte qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que l'on trouve chez le même malade et un cancer de la vessie et un calcul (2).

Après cette étude rapide des lésions concomitantes de la vessie, j'arrive à celle des reins.

L'envahissement des organes du petit bassin est, je l'ai dit, chose rare ; c'est bien plus souvent la marche inverse qu'on observe dans la propagation des néoplasmes malins, c'est-à-dire la dégénérescence secondaire de la vessie à la

(1) Breschet. Art. Fongus de la vessie. Dict. en 60 vol.

(2) Les tumeurs de la vessie subissent parfois la transformation calcaire. Civiale rapporte qu'un nègre fut taillé deux fois par Middleton sans que ce chirurgien trouvât de pierre dans la vessie. A l'autopsie on découvrit faisant corps avec la paroi de la vessie une tumeur ossiforme du volume d'une châtaigne. En 1828, une femme se présente à la clinique de Dupuytren avec les signes de la pierre. Ce chirurgien ne trouve rien par l'exploration de la vessie. La malade meurt de cystite ; à l'autopsie on trouve une tumeur pédiculée du volume d'un œuf de dinde entièrement ossifiée.

suite des tumeurs de l'utérus chez la femme, de la prostate et du rectum chez l'homme. Du reste, à cette période ultime de l'affection, l'étendue des lésions impose le diagnostic et contre-indique toute intervention. Aussi n'insisterai-je pas.

Le retentissement des affections du réservoir de l'urine sur son appareil d'élimination est, dans les maladies néoplasiques de la vessie, de la même importance que dans les rétrécissements, les hyperthrophies prostatiques et l'affection calculeuse ; cependant elles ont été laissées dans l'ombre par les anatomo-pathologistes et les cliniciens. La raison en est très judicieusement donnée par M. Bazy : « La lésion rénale, dit-il, n'est pas indifférente, tant s'en faut, mais elle s'efface devant la gravité de la lésion, ou plutôt de la maladie initiale (1). » Ces lésions secondaires des reins consistent dans l'hydronéphrose, la pyélite, la sclérose simple, la sclérose compliquée de néphrite suppurative.

Il serait de la plus haute importance de savoir dans quelle proportion se rencontrent les lésions rénales consécutives aux néoplasmes vésicaux, et quelle part leur revient dans les accidents ultimes qui emportent les malades. J'essaye de répondre à la première de ces questions en donnant ici l'état des reins dans les 18 cas de tumeurs vésicales conservées avec le détail de leurs observations dans le musée de l'hôpital Necker.

Deux fois l'état des reins n'est pas mentionné. La néphrite interstitielle est la lésion qu'on rencontre le plus souvent, elle est notée 8 fois ; viennent ensuite la pyélite et la pyélo-néphrite suppurée, qui sont signalées 3 fois ; dans un cas les reins avaient subi la dégénérescence graisseuse.

(1) P. Bazy. Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires, etc. Th. Paris, 1880.

Fait digne de remarque, mais qui s'accorde avec ce que l'on sait de la propagation du cancer de la vessie, une seule fois la dégénérescence avait envahi secondairement le rein. (Observation n° 12 du registre.) D'après cela, on voit que toujours les reins se sont trouvés plus ou moins altérés à l'autopsie; nous signalerons cependant, à titre exceptionnel, l'observation n° 93 du registre, qui a trait à un malade souffrant d'un papillome depuis quatorze ans, et chez lequel les reins et les uretères furent trouvés absolument sains. Faut-il inférer de cette presque constance des lésions à l'abstention opératoire? C'est une question que nous retrouverons au chapitre des indications et contre-indications de l'intervention. Qu'il nous suffise de dire, pour le moment, que les malades dont on examine les pièces anatomiques sont arrivés à la dernière période de la déchéance organique, et qu'il n'est, par conséquent, pas étonnant de trouver chez eux, sur l'organe de la sécrétion urinaire, le retentissement ordinaire des affections des organes de l'expulsion.

De cette étude anatomique, peut-être un peu longue, mais indispensable pour le but que nous poursuivons, résultent les conclusions suivantes :

Les néoplasmes bénins (papillomes) sont plus fréquents dans la vessie que les néoplasmes malins.

Le siège de prédilection des uns et des autres est la base, le trigone et la paroi postérieure de la vessie.

Tous ont une tendance à la pédiculisation.

L'engorgement ganglionnaire et l'infection générale de l'économie sont extrêmement rares.

Les lésions inflammatoires de la vessie sont tardives et même exceptionnelles, en l'absence de toute provocation, autre que celle du néoplasme.

Les lésions des reins paraissent également tardives.

CHAPITRE III.

NOTIONS DU DIAGNOSTIC DES NÉOPLASMES DE LA VESSIE.

Peut-on du vivant même du malade reconnaître un néoplasme vésical et en apprécier suffisamment le siège, les connexions, le volume, l'étendue, ainsi que les différentes complications qui l'accompagnent, afin de diriger contre lui un traitement curatif ou tout au moins palliatif? Pour qui a suivi l'enseignement clinique de notre maître M. le professeur Guyon, la réponse à cette question ne saurait être hésitante un instant. La symptomatologie des tumeurs de la vessie, débarrassée par M. Guyon d'une foule de détails qui l'encombraient, est devenue d'une très grande clarté. Il importe que nous nous y arrêtions, la précision du diagnostic étant la condition indispensable de toute bonne thérapeutique. C'est ce que nous nous proposons de faire dans ce chapitre.

Deux ordres de moyens conduisent au diagnostic des néoplasmes de la vessie : ce sont *la considération des symptômes rationnels* d'une part, *la recherche des signes physiques* d'autre part.

Le clinicien doit évidemment avoir recours à l'un et à l'autre pour asseoir son diagnostic, mais il doit y recourir méthodiquement en faisant précéder l'examen des signes physiques par l'étude raisonnée des troubles fonctionnels. En effet, il importe de faire remarquer que ces deux ordres de moyens de diagnostic se complètent et donnent chacun des renseignements également importants, mais de nature différente : le premier analysant les caractères de

l'urine, les douleurs, les troubles de la miction, révèle seulement la présence de la tumeur, mais est impuissant à en indiquer le siège, le volume et les connexions; le second seul, par la constatation des signes physiques, peut donner ces indications si précieuses pour le chirurgien.

Donc, deux diagnostics dans les tumeurs de la vessie s'imposent au même titre d'ailleurs que dans les dégénérescences de tous les autres organes : un diagnostic médical et un diagnostic chirurgical topographique. Dans les néoplasmes vésicaux comme dans ceux des autres viscères on arrive, par la connaissance des troubles fonctionnels, à reconnaître l'existence d'un produit pathologique, et point n'est besoin de toucher ce produit pour en affirmer la présence. C'est là un fait clinique de la plus haute importance, dont notre maître a pris à tâche de démontrer la réalité et qui, conséquemment, réduit à leur juste valeur les données de la palpation hypogastrique, du toucher rectal, du cathétérisme et de l'exploration digitale. Ces divers modes d'investigation, qu'on voudrait mettre au premier rang, ne sont que complémentaires; ils tracent la conduite du chirurgien désireux d'opérer, alors qu'il a déjà acquis la conviction qu'un produit étranger a envahi les tuniques du réservoir urinaire.

Ceci posé, étudions les notions fournies au diagnostic par l'étude des symptômes rationnels et des signes physiques.

A. — *Symptômes rationnels.*

Ils comprennent un certain nombre de troubles d'importance diverse. Les uns sont vulgaires et se rencontrent dans d'autres affections de la vessie, telles sont les mictions difficiles, fréquentes ou douloureuses, la rétention ou, au con-

traire, l'incontinence des urines, les douleurs ; les autres sont propres aux néoplasmes vésicaux et pour ainsi dire pathognomoniques, ce sont la constatation de débris de tumeur dans les urines et les hématuries se présentant dans des circonstances spéciales et avec des caractères particuliers.

Passons en revue chacun de ces symptômes et commençons par les plus importants, à savoir les hématuries et la présence de débris de néoplasme dans les urines.

Hématurie.—Dans une récente clinique, M. le professeur Guyon accorde aux cararactères particuliers de l'hématurie une valeur telle, qu'elle suffit par elle-même et en dehors de toute exploration vésicale à affirmer le diagnostic tumeur de la vessie. L'hématurie domine, en effet, toute la symptomatologie des néoplasmes vésicaux et laisse bien loin derrière elle en importance la fréquence des mictions, la douleur, qui ne sont que des épiphénomènes d'accidents concomitants (rétention, cystite, etc.).

Très exceptionnellement, l'hématurie manque dans le cours du développement d'une tumeur vésicale ; elle en est souvent le premier et quelquefois même l'unique symptôme (1). Elle survient sans douleur, sans cause provocatrice ; le malade s'aperçoit qu'il rend du sang en urinant et bien souvent il ne s'en alarme pas et continue à se livrer à ses occupations ordinaires, car il ne souffre pas, et ne constate après des travaux, même pénibles, aucune aggrava-

(1) Bardinet. Bull. Soc. anat., 1839, t. XIV, p. 68. — Hue. Bull. Soc. anat., 1880. — Ashurst, Philadelphia medical Times, t. II, p. 366, 1872. Dans le registre du musée de Necker, on peut lire l'observation d'un fongus villeux de la vessie n'ayant donné lieu à aucune hématurie, bien qu'il existât trois grosses masses végétantes, mais peu vasculaires, pédiculées, occupant le trigone et le bas-fond.

tion dans le pissement de sang. Cette indifférence des hématuries aux causes qui sembleraient devoir les produire, est très nette dans l'observation du malade opéré, que nous rapportons à la page 141. Comme début brusque et inopiné du symptôme, signalons aussi notre observation VIII; la première hématurie s'est produite la nuit et le malade n'en a été averti que par la teinte rouge qui colorait son linge.

C'est surtout la nuit ou le matin au réveil que les hématuries des néoplasies vésicales ont de la tendance à se produire, contrastant ainsi de même que par leur début en dehors de toute cause irritative avec les hématuries des calculeux. Elles ne cessent pas par le séjour au lit, mais disparaissent comme elles sont venues, brusquement, soit que le malade continue ses travaux ou qu'il garde le repos. D'une miction à l'autre, la métamorphose est complète, sans que rien ne vienne expliquer ce changement qui, suivant l'expression de Féré, « tient de la féerie » (1).

L'abondance, la longue durée, la répétition fréquente, au point de devenir quelquefois subintrantes et d'épuiser très rapidement le malade, sont encore des caractères particuliers aux hématuries que nous étudions.

Il faut aussi savoir qu'elles procèdent pour ainsi dire par période de quelques jours, d'une semaine, d'un mois, séparées par de longs intervalles de rémission, sans que rien ne vienne expliquer cette marche absolument capricieuse.

C'est donc en interrogeant le malade sur la façon dont se produisent les hématuries, bien plutôt qu'en examinant le produit de la miction (sang entièrement mélangé à l'urine, présence ou absence des caillots, formes de ceux-

(1) Cette marche particulière des hématuries, des néoplasies vésicales, s'accorde avec leur processus pathogénique qui est congestif plutôt qu'ulcératif, ainsi que l'enseigne M. le professeur Guyon.

ci, etc.), que l'on pourra être édifié sur la véritable origine du sang.

Laissant de côté certaines affections rares des organes urinaires qui s'accompagnent d'hématurie, je résume dans le tableau suivant les principaux caractères des pissements de sang symptomatiques d'une affection rénale, d'un calcul ou d'un néoplasme vésical (1) :

Néoplasmes de la vessie.	Calculs vésicaux.	Maladies des reins.
Hématurie.	Hématurie.	Hématurie.
Sans douleur.	Douloureuse.	Douleurs dans les lombes.
Spontanée.	Provoquée par la fatigue, la marche, la voiture.	Moins souvent spontanée provoquée par fatigues, efforts.
De longue durée.	De courte durée.	De courte durée.
Ne disparaissant pas par le repos.	Disparait par le repos.	Ce n'est qu'à la fin qu'elle est prolongée.
Cesse brusquement et sans cause.		Se répète souvent.

Le diagnostic n'a rien à attendre des caractères du sang mélangé en plus ou en moins grande proportion à l'urine, de la présence ou de l'absence de caillots conformés en cylindres, en rubans, etc., etc. (2).

(1) On trouvera dans les « Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires » de M. Guyon, l'exposé complet de la valeur séméiologique des hématuries.

(2) Ultzmann. « Ueber Hematurie villous », 1878, a appelé l'attention sur un caractère particulier offert par les urines dans trois cas de tumeurs villeuses. Ces urines sont très fluides (dünnflüssig), de couleur rouge jaunâtre, elles se coagulent très vite après leur émission et forment une masse adhérente au vase qui les contient. Elles ne contiennent certainement pas beaucoup de sang, ainsi que l'indique leur coloration, et leur coagulation n'est pas en proportion avec le peu de globules qu'elles renferment. Stein a observé le même phénomène chez un de ses malades atteint de cancer villeux. Ultzmann l'explique ainsi : les puissantes contractions spasmodiques de la vessie em-

Mais un caractère des hématuries vésicales que signalent tous les auteurs doit être rappelé. La quantité de sang n'est pas égale pendant le cours d'une même miction, claire ou à peine teintée en rose au début de son expulsion de la vessie, l'urine se fonce de couleur vers la fin. Pour se rendre compte de ce phénomène, on peut faire uriner le malade dans plusieurs verres, comme on le fait pour l'étude des hématuries de la tuberculose vésicale. Les mêmes faits sont constatés dans les deux affections, mais sous des proportions bien plus considérables dans les tumeurs vésicales. Ainsi que le fait remarquer Féré, « cette différence peut s'expliquer non seulement par la contraction de la vessie, mais surtout par la diminution de pression intravésicale, qui favorise la rupture des vaisseaux mal protégés de la tumeur ».

En dehors des périodes d'hématurie, il est remarquable de voir combien, pendant la plus grande partie de l'évolution des néoplasme vésicaux, les urines sont claires et ne contiennent ni mucus, ni pus. C'est là un fait important pour le diagnostic, lorsqu'on peut l'observer. Il contribua à consolider dans l'esprit de M. Bazy (1) l'opinion que son malade avait non pas de la cystite, mais une tumeur vési-

pêchent la circulation de retour dans les villosités et produisent la turgescence des petits vaisseaux. Si la tension du sang est trop grande les vaisseaux se rompent et une hémorrhagie se produit ; si la tension est plus faible le plasma seul transsude et sa fibrine se coagule aussitôt l'émission des urines. En un mot il y a fibrinurie.

(1) « Le toucher rectal uni au palper hypogastrique ne me faisant pas constater de tumeur dans la vessie et ayant nettement devant moi les signes d'une cystite du col (le malade urinait tous les quarts d'heure et souffrait horriblement), moins la purulence des urines, il est vrai, j'essayai des instillations de nitrate d'argent au 1/50 ; mais à la troisième je m'arrêtai, tant parce que les trois instillations n'avaient rien produit, que parce que je pus m'apercevoir, l'hématurie ayant disparu, que l'urine ne contenait ni mucosités, ni pus. » (P. Bazy, loc. cit.)

cale. Cette limpidité des urines existait également chez deux de nos malades. A la fin les urines se troublent et deviennent épaisses, floconneuses, boueuses, et prennent particulièrement dans les tumeurs malignes une odeur infecte de macération anatomique.

Mais à ce moment la lésion est trop avancée pour songer à l'intervention, ces urines n'ont plus pour le chirurgien aucun intérêt (1).

Débris de tumeur dans les urines. — Je dois finir l'étude des très précieux renseignements fournis par l'examen des urines en insistant sur la valeur des débris, des fragments de tumeur expulsés par la miction. Il est probable que cet examen pratiqué au début des études histologiques a fait prendre les cellules polymorphes de la vessie pour le témoignage d'une dégénérescence maligne de l'organe, alors qu'il était simplement atteint de catarrhe. Aujourd'hui, ces éléments anatomiques isolés ne sauraient avoir aucune valeur, il n'en est pas de même lorsqu'ils sont groupés de façon à constituer un tissu que l'on puisse bien reconnaître par le microscope. Non seulement alors les débris de tumeur trouvés dans l'urine pourront être distingués des caillots de fibrine, mais encore jusqu'à un certain point leur examen pourra fournir quelques notions sur la nature de la néoplasie. Le professeur Guyon et sir H. Thompson insistent beaucoup sur cet examen des débris trouvés dans l'urine. Ils conseillent d'examiner ce liquide à l'état frais, de porter plus particulièrement ses investigations sur les dernières parties de la miction ayant déposé quelques

(1) Cette absence de cystite pendant la plus grande partie de l'évolution de tumeurs de la vessie est bien démontrée dans l'excellente thèse de notre ami Hache : Étude clinique sur les cystites. Pathogénie. Diagnostic. Traitement. 1880.

temps dans un verre à expérience, et surtout de répéter plusieurs fois ses recherches (1). Dans un cas, H. Thompson a pu ainsi nettement et avec sûreté reconnaître un papillome villeux, et M. Guyon a affirmé l'existence d'un cancer de la vessie chez un malade de la ville, qui en effet succombait quelques mois après avec tous les signes de cette dégénérescence. Le malade de Volkmann, porteur d'un myôme pédiculé de la vessie, rendit à plusieurs reprises des lambeaux de tumeur par l'urèthre, dont l'un d'eux présenta un jour les dimensions du pouce. L'examen de ces fragments permit au chirurgien allemand de porter le diagnostic histologique : myôme de la vessie.

Ces fragments de tumeur peuvent exceptionnellement être rendus sans qu'il y ait jamais eu d'hématurie (2). Sanders rapporte l'observation d'un malade âgé de 43 ans, qui rendait des fragments parfois de petit volume et finement dentelés, d'autres fois plus volumineux, en forme de cylindre d'un pouce de long, qui s'arrêtaient dans l'urèthre et empêchaient la miction. A aucun moment ce malade n'eut d'hématurie. A son autopsie on trouva un cancer de la paroi postérieure de la vessie.

Je le répète, ces constatations sont précieuses à faire dans l'urine, elles enrichissent le diagnostic, mais ne sont pas nécessaires pour affirmer la présence d'une tumeur vésicale, tandis que seule l'hématurie, se présentant dans les conditions que j'ai précisées, y suffit.

Douleur. — Bien moins important est un autre signe rationnel qu'on a donné des néoplasmes vésicaux, à savoir la

(1) Il va sans dire que lorsqu'on aura pratiqué le cathéterisme avec une sonde métallique et que des fragments engagés dans les yeux de l'instrument auront été retirés, il faudra en pratiquer l'examen.

(2) Sanders. Edimbourg med. Journal, septembre 1864.

douleur. Ce symptôme est presque toujours tardif, il est subordonné à l'état de la muqueuse vésicale, au siège de la tumeur, peut-être aussi au tempérament individuel. La tolérance de la vessie est extrême chez certains sujets, au point qu'on voit des malades présenter des dégénérescences qui ont envahi toute une paroi et forment, dans l'intérieur du réservoir urinaire, des tumeurs du volume du poing et plus, sans qu'ils aient jamais éprouvé la plus petite manifestation douloureuse, tandis qu'il en est d'autres chez qui la moindre irritation de la muqueuse détermine des douleurs intolérables et est une des nombreuses causes de cet état encore mal défini, décrit en Angleterre sous la dénomination d'*irritable bladder*, et en France sous celui de cystalgie. Chez ces malades la douleur même peut devenir la principale indication du traitement.

Si la douleur fait souvent défaut dans les néoplasmes du corps de la vessie, on l'observe d'une façon presque constante dans les tumeurs du col et lorsque à cette douleur s'ajoutent certains troubles de la miction, par exemple l'arrêt subit du jet, l'incontinence ou la rétention de l'urine, on a quelque raison d'en déduire la présence d'une tumeur dans cette région. Mais on ne saurait être trop circonspect dans l'affirmation de ce diagnostic.

On a voulu aussi voir dans la précocité des phénomènes douloureux et dans leur intensité une preuve de la malignité des tumeurs vésicales, c'est là une vue toute théorique, qui ne résiste pas à l'examen des faits.

Thompson attache une très grande importance aux douleurs précoces, qui selon lui sont caractéristiques des tumeurs malignes, tandis que les néoplasmes bénins sont indolents et ne se révèlent pendant longtemps que par l'hématurie. M. Guyon conteste cette assertion. Le registre des observations de son service renferme plusieurs faits de

tumeurs essentiellement malignes et n'ayant cependant donné lieu à aucune douleur notable pendant la vie du malade. Nous rapportons à la fin de notre travail une observation (obs. VIII), où l'on voit un malade atteint d'épithélioma vésical avec propagation au corps caverneux, qui pendant les quatre ans que mit son néoplasme à évoluer n'accusa jamais aucun symptôme douloureux.

Dans l'étude du symptôme douleur, il faut bien distinguer les sensations vives, excruciantes qui se réveillent seulement lorsque la vessie se contracte pour expulser son contenu et les douleurs lancinantes, profondes, durant quelquefois plusieurs jours sans discontinuer. Ces dernières sont très vraisemblablement les indices d'une propagation de la néoplasie aux organes voisins, les premières indiquent la localisation du néoplasme à la vessie. Il faut aussi tenir compte des irradiations aux reins, au périnée, à l'aine, le long de la cuisse, etc. Toutes constatations, qui devront peser dans la balance, lorsqu'il s'agira de prendre un parti.

B. — *Signes physiques.*

J'arrive aux signes physiques des néoplasmes vésicaux, ceux qui doivent forcément entraîner la conviction et faire reconnaître non seulement l'existence d'une tumeur, mais aussi son volume et son implantation. Ces signes sont de deux ordres : tantôt ils se présentent d'eux-mêmes à l'attention du chirurgien et même des malades, tantôt au contraire ils ont besoin d'être recherchés avec discernement et méthode.

Je ne puis que signaler les premiers qu'on observe pres-

que exclusivement chez la femme (1). Fréquemment, dans ce sexe, la tumeur entière, pédiculée, sort à travers l'urèthre qu'elle dilate, soit seulement au moment de la miction ou d'un effort quelconque, soit d'une façon permanente. Dans plusieurs observations des tableaux qu'on trouvera plus loin, on voit que cette dilatation était suffisante pour qu'on ait pu appliquer à la base du polype une ligature ou un serre-nœud, sans autre opération préliminaire. De même que les polypes du rectum produisent la chute de cette portion de l'intestin, de même ces tumeurs pédiculées peuvent parfois déterminer l'inversion de la vessie. Il en était ainsi chez une malade observée par Godson (2).

Il ne faudrait pas inférer de l'issue d'une masse polypiforme à travers l'urèthre, que le néoplasme est pédiculé ; la recherche du point d'implantation s'impose ici comme dans les tumeurs cachées dans le réservoir urinaire. Je rapporte plus loin une observation de Senftleben dans laquelle on voit qu'un néoplasme saillant par l'urèthre était adhérent par une si large base à la paroi postérieure de la vessie, qu'une perforation de l'organe en résulta, qui emporta très rapidement la malade par péritonite.

Les signes suivants, qui nécessitent de la part du chirurgien des manœuvres délicates pouvant déterminer par elles-mêmes des accidents graves, doivent arrêter longuement notre attention. Ils seront mis en évidence :

(1) Il ne faut pas en effet comparer au point de vue de la valeur diagnostique ces fragments de tumeurs expulsés toujours en petite quantité et plus ou moins altérés ou déformés au moment de la miction chez l'homme avec les expulsions totales de néoplasmes observées par l'urèthre de la femme.

(2) British medical Journal, 1879, t. I, p. 630.

A. *Par la palpation hypogastrique et le toucher rectal isolés ou combinés ;*

B. *Par le cathétérisme vésical;*

C. *Par une véritable opération permettant l'exploration digitale de la vessie* (1).

Il est inutile de faire remarquer que la pratique de ces trois principaux modes d'investigations, surtout du troisième, n'est pas la même dans l'un et l'autre sexe et conséquemment je devrai les envisager séparément chez l'homme et chez la femme.

A. *Palpation hypogastrique et toucher rectal.* — Toutes les manœuvres ayant pour but l'exploration des viscères du petit bassin doivent être pratiquées aussi bien chez l'homme que chez la femme, le malade étant dans le décubitus dorsal. Non seulement dans cette position les organes conservent leurs rapports normaux, mais encore il est facile au chirurgien de combiner, suivant les besoins, le toucher rectal et la palpation abdominale, en saisissant pour ainsi dire entre ses deux mains le viscère soupçonné, Il sera bon aussi d'élever le siège du patient sur le coussin de la lithotritie par exemple, afin que la pression du paquet intestinal ne vienne pas gêner les recherches; enfin,

(1) L'examen endoscopique a été appliqué quelquefois au diagnostic des tumeurs de la vessie. Dans une observation du registre contenant l'histoire des malades, dont les pièces sont conservées au musée de l'hôpital Necker (obs. 35), on voit que le résultat de l'examen à l'aide de l'endoscope pratiqué par M. Désormeaux a été négatif, bien que la vessie contînt de nombreuses saillies mamelonnées fongueuses. Mercacci (obs. 11 des tableaux) reconnut une tumeur vésicale à l'aide de l'éclairage au magnésium. Je ne crois pas que ces divers modes d'examen puissent être bien utiles; dans tous les cas on ne devra les employer, s'il l'on veut en retirer quelque bénéfice, que dans les périodes de rémission des hématuries.

précaution essentielle, cet examen doit être pratiqué la vessie vide.

Le malade ainsi placé, la main du chirurgien déprimera lentement, avec douceur mais *profondément*, la paroi abdominale. Pratiquée de cette façon, la palpation de l'hypogastre ne provoquera pas de spasmes des muscles droits, la main recueillera toutes les sensations et ne laissera échapper aucun des renseignements que peut donner ce mode d'exploration, qui acquerra ainsi une grande valeur pour le diagnostic. Dans la très grande majorité des cas, cet examen ne fournira, je m'empresse de le dire, que des signes négatifs, puisque, comme il est facile de le comprendre, il ne peut révéler que la présence d'infiltration, d'induration néoplasique, occupant la face antérieure et le sommet de la vessie, siège exceptionnel des dégénérescences, ainsi qu'il résulte de notre enquête anatomique. Ce n'est que dans les cas rares de tumeurs extrêmement volumineuses naissant des autres régions et remplissant toute la cavité vésicale que la palpation abdominale révélerait l'existence du néoplasme, et encore faudrait-il que sa structure fût spéciale, constituée par un tissu dur et résistant, tel qu'un myôme. La plupart des tumeurs de la vessie sont en effet formées de tissu mou, diffluent, cérébroïde, qui n'offre aucune résistance à la palpation. On a vu de ces masses végétantes distendre le réservoir urinaire au point d'en imposer pour une rétention d'urine; aussi convient-il de rechercher toujours la fluctuation, seul indice alors de la réplétion vésicale par du liquide.

Outre l'état d'intégrité de la région prévésicale, par le palper abdominal, il faudra aussi se rendre compte de la liberté des fosses iliaques, explorer la région des ganglions lombaires.

Le toucher rectal chez l'homme, vaginal chez la femme

sera plus souvent fécond en renseignements que la palpation abdominale, parce qu'on arrive ainsi sur le corps du délit à travers une épaisseur moindre de tissu et parce que c'est sur le bas-fond, le trigone, la paroi postérieure de la vessie que les néoplasmes ont leur siège de prédilection. Par ce mode d'examen, il sera facile de se rendre compte de la souplesse ou de la rigidité des parois vésicales et, constatation importante, d'apprécier le degré de mobilité des organes du petit bassin et spécialement la façon dont la vessie se meut sur le rectum chez l'homme, sur l'utérus chez la femme. Il sera bon, et autant que faire se pourra, tout en agissant avec l'extrême prudence que doit imposer la connaissance d'accidents possibles, tels que la rupture de la vessie, par exemple, il sera bon de faire cette exploration alternativement la vessie pleine et la vessie vide.

En combinant le toucher rectal avec la palpation hypogastrique on aura chez l'homme le summum de renseignements que peuvent donner les manœuvres externes. Rien de ce qu'il est possible de percevoir par le tact n'échappera à cet examen, précieux surtout pour apprécier la mobilité des organes les uns par les autres et reconnaître les adhérences qui pourraient exister. Dans cette dernière éventualité la masse morbide sera absolument immobile. « Nous ne saurions mieux comparer, dit M. Bazy, la sensation qu'on éprouve dans ces cas, qu'à celle que donne l'exploration du petit bassin dans le sexe féminin. Tandis que chez la femme atteinte de corps fibreux de l'utérus on pourra dans la grande majorité des cas, à moins d'enclavement absolu faire mouvoir plus ou moins la tumeur avec l'utérus; dans le cas, au contraire, de pelvi-péritonite ou d'hématocèle un peu considérable cette mobilisation sera impossible. »

Cette combinaison des deux explorations permettra encore de localiser autant qu'il est possible le siège de la tumeur. Par des pressions douces on pourra sentir les points où la tumeur se déplace et ceux où elle donne une sensation de résistance forcée, et inférer de ces résultats le lieu d'implantation.

Ce sont là, je ne me le dissimule pas, des analyses de sensations très délicates et on pourrait croire théoriques toutes ces données, si l'observation clinique ne venait pas en démontrer la réalité. A ce titre les observations suivantes sont très démonstratives.

OBS. III. — (Résumé extrait du registre du musée de Necker, nº 110.)

L..., menuisier, âgé de 68 ans, entré à l'hôpital Necker le 11 juin 1879.

Depuis trois ans il éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre et rend de temps à autre des urines fortement teintes de sang, parfois même il urine du sang pur. Quelques douleurs et un peu de fréquence de la miction. Une recrudescence de tous ces symptômes l'a obligé de rentrer à la Charité au commencement de l'année 1879. Les urines étant redevenues claires et les douleurs s'étant calmées, il est sorti et a repris son travail. Mais il a été bientôt forcé d'entrer à l'hôpital Necker.

A son entrée, on constate l'état suivant : très grande difficulté à uriner, envies très fréquentes et très douloureuses. Urines d'un rouge sale. Face pâle, amaigrie, téguments jaunes. « *Le palper hypogastrique fait constater une tuméfaction mal limitée dans la moitié droite de la région. Par le toucher rectal combiné au palper, on reconnaît que le plancher de la vessie est le siège d'une induration manifeste du côté droit.* » L'exploration directe avec le cathéter qui ne pourrait qu'être offensive, sans présenter aucun avantage, n'est pas pratiquée. Les hémorrhagies continuent, le malade va s'affaiblissant et il succombe à l'épuisement deux mois après son entrée.

Autopsie. — La cavité de la vessie est presque entièrement remplie par une masse fongueuse, à surface irrégulière, tomenteuse, qui est recouverte dans la plus grande partie de son étendue par la paroi vésicale, absolument saine dans toutes ses parties, excepté au niveau du point d'implantation du néoplasme. « *L'implantation se fait sur la paroi inférieure de la vessie, du côté droit, dans une étendue de 6 à 7 centimè-*

tres dans tous les sens. » Le tissu même de la tumeur est saignant et entièrement friable.

OBS. IV. — (Résumé extrait du travail de M. Féré.)

N... (François), 60 ans, entre le 11 mars 1880 à la salle Saint-Vincent, de l'hôpital Necker, service de M. Guyon.

Hématuries depuis deux ans, se produisent à peu près tous les quinze jours, sans douleur, sans cause appréciable et durent environ une journée.

Souffre seulement depuis trois mois lorsqu'il rend de petits graviers phosphatiques ou des caillots.

Quelques jours après son entrée son urine, qui en dehors des hématuries était claire, commence à se troubler et à former un dépôt purulent.

22 mars. Examen sous le chloroforme : l'explorateur métallique ne peut pas pénétrer dans la vessie. Le toucher rectal fait constater que la prostate est peu volumineuse, souple, sans bosselure ; au-dessus on sent la vessie qui donne une sensation de mollesse, comme si elle contenait du liquide.

Le cathétérisme, pratiqué avec une sonde molle à béquille, laisse écouler environ 150 grammes de liquide très rouge, qui paraît être du sang pur.

La vessie une fois vide, le toucher rectal combiné avec la palpation abdominale permet de sentir nettement, en arrière et au-dessous de la prostate, « *une tumeur vésicale développée surtout à droite et paraissant avoir le volume d'une petite orange* ». Cette tumeur est assez résistante, et grâce à la résolution complète dans laquelle se trouve le malade, on peut facilement en sentir les bosselures par la palpation abdominale.

Mort le 14 avril.

Autopsie. (J'omets les détails qui ne se rapportent pas à la vessie.) La vessie ouverte par la face antérieure présente à considérer « *une tumeur en forme de champignon irrégulier en végétant, du volume d'un œuf de dinde, offrant sur toute sa convexité une surface inégale* », comme hachée sur certains points où sa substance paraît presque diffluente.

Au milieu de ces détritus on remarque quelques graviers phosphatiques et une petite plaque calcaire de 2 centimètres carrés qui est appliquée sur la face antérieure de la tumeur sans y adhérer. La « tumeur se rétrécit légèrement vers son point d'implantation, qui a bien 5 ou 6 cent. carrés d'étendue et est situé en dehors et en arrière de l'uretère droit, » qui se trouve pour ainsi dire circonscrit par la tumeur...

Dans son travail M. Bazy rapporte que dans un cas qu'il a observé à l'Hôtel-Dieu, il a pu en distendant modérément la vessie obtenir une sensation de ballottement, lorsque, le doigt placé dans le rectum, il déprimait brusquement la paroi abdominale derrière la symphyse du pubis.

On trouve décrit dans la thèse de Rauschenbusch un mode d'exploration conseillé par Volkmann sous le nom d'examen bimanuel de la vessie par le rectum. Il consiste à introduire chez le sujet chloroformé un ou deux doigts de la main gauche, suivant l'âge, dans l'intestin aussi profondément que possible, tandis qu'un aide presse avec ses deux mains sur la région hypogastrique et repousse la vessie vers les doigts du chirurgien. De cette manière chez les personnes maigres, quand la vessie est vide et que la prostate n'est pas trop développée, on peut très bien examiner le sommet du réservoir. Quand le chirurgien rencontre quelque disposition anormale, il glisse sa main droite sous celle de l'aide et ainsi saisit dans sa propre main la partie malade de l'organe, ce qui lui permet de prendre une connaissance aussi exacte que possible des lésions.

Toutes ces manœuvres doivent être pratiquées avec une extrême douceur, et je n'hésite pas à déclarer que la plus simple, c'est-à-dire le toucher rectal et vaginal combiné à la palpation hypogastrique, est la meilleure. Ce n'est pas, je crois, sans danger que l'on se livrerait à l'exploration longue et laborieuse conseillée par Volkmann, lorsqu'on a vu le cathétérisme vésical fait avec la plus grande prudence et la plus grande habileté déterminer des accidents promptement mortels.

La perte de la souplesse des parois de la vessie, l'immobilité de l'organe, son épaississement constatés par le toucher rectal et vaginal et par le palper hypogastrique ne

sont pas des preuves absolues d'infiltration néoplasique et il faudra, bien entendu, que les autres symptômes présentés par le malade et la marche de l'affection s'accordent avec la probabilité d'un néoplasme. C'est ainsi que, sans parler des cas où la vessie hypertrophiée peut, lorsqu'elle est vide, donner la sensation d'un corps ferme et dur, je rappellerai qu'assez souvent les parois vésicales présentent, sous l'influence d'un processus inflammatoire chronique, un épaississement, une induration plus ou moins étendus. qui peuvent tout à fait donner le change avec un néoplasme, et le diagnostic sera bien difficile pour ne pas dire impossible, si à ces signes physiques se joignent des signes rationnels de tumeur comme l'hématurie (1).

L'observation suivante, empruntée au travail de Féré, et que nous résumons dans ses traits principaux est un exemple de la difficulté de ce diagnostic :

Obs. V. — (Résumé extrait du travail de M. Féré.)

Femme M..., 30 ans, tapissière, entre le 30 avril 1880, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, n° 2, service de M. Guyon.

Elle fait remonter sa maladie à 1873; s'étant levée trois jours après son accouchement, elle crut sentir « que quelque chose lui craquait dans le ventre et se déplaçait ». Rien de particulier jusqu'en 1877, sauf « une sensation de relâchement dans le bas-ventre ». A cette époque et en même temps douleurs parxoystiques dans les lombes, avec irradiation vers le sacrum et vers les aines, douleurs en urinant et surtout après. Par moment et surtout à l'occasion d'une fatigue la malade avait des urines sanglantes, succédant à des accès de coliques néphrétiques plus douloureux qu'à l'ordinaire. Urines ordinairement rendues en quantité normale, mais troubles, avec un dépôt blanchâtre con-

(1) Je rappellerai à ce sujet ce que j'ai déjà dit, à savoir : que tandis que dans les tumeurs vésicales, les douleurs, les signes d'irritation sont tardifs, dans les cystites, les phénomènes douloureux, les envies fréquentes d'uriner, les altérations des urines sont hâtifs et dominent presque entièrement la symptomatologie.

tenant presque toujours des filets rouges ou des petits caillots sanguins.

Douleurs très vives à son entrée à l'hôpital, il lui semble « qu'on lui arrache le rein », et 3 ou 4 fois par jour elle a des paroxymes avec irradiations dans les régions lombo-iliaque et inguinale, quelquefois même le long des cuisses jusqu'aux genoux. Pendant ces accès, miction fréquente et peu abondante, urine rendue presque goutte à goutte et avec douleur très vive le long de l'urèthre. Tous les phénomènes douloureux cessent tout à coup avec l'émission d'une certaine quantité d'une urine rouge ou rose. De temps en temps on trouve dans les urines des graviers irréguliers d'apparence phosphatique, du volume d'un pois. Dans l'intervalle des paroxysmes, la miction est toujours fréquente et douloureuse (10 à 15 fois par nuit et le double le jour).

Le toucher vaginal permet de sentir une tuméfaction extrêmement douloureuse du fond de la vessie, surtout marquée à droite. Cette tuméfaction, de consistance mollasse, donne la sensation d'une masse fongueuse du volume d'un petit œuf, accolée contre le col utérin dont elle est séparée par un sillon concave en arrière. Pas de ganglions engorgés. L'état général est resté bon, pas de fièvre.

Tisane de bourgeons de sapin, capsules de térébenthine, instillations intra-vésicales de borate de soude.

Jusqu'au 10 juin pas d'amélioration notable, alors seulement la tuméfaction de la base de la vessie commença à diminuer de volume et à devenir moins douloureuse. Diminution très rapide ; le 18 on ne sentait plus qu'un épaississement à peine appréciable. Les symptômes douloureux s'étaient aussi graduellement amendés, mais la miction était toujours restée fréquente et pénible, et de temps en temps revenaient les accès de coliques néphrétiques avec pissement de sang.

19 mai. M. Guyon pratique la dilatation de l'urèthre sous le chloroforme, à l'aide de son dilatateur pour la lithotritie périnéale et il la pousse jusqu'à ce que l'introduction de l'index soit devenue facile. L'exploration directe ne permet de rencontrer à l'intérieur de la vessie, vers la partie postérieure du trigone, qu'une surface tomenteuse, comme boursouflée, mais pas de tumeur.

La dilatation et l'exploration n'ont déterminé qu'un léger saignement dont on s'est facilement rendu maître par un lavage à l'eau boratée ; mais après son réveil la malade souffrit pendant toute la journée. L'incontinence d'urine fut complète pendant quatre jours, puis la malade commença à retenir ses urines pendant le repos.

Depuis la dilatation uréthrale, les coliques et les douleurs en urinant et après avoir uriné n'ont pas reparu, mais l'incontinence a persisté à un certain degré pendant six semaines. Le sang n'a pas reparu

dans les urines qui sont assez claires, mais qui laissent toujours un léger dépôt blanchâtre. La malade n'urine plus que 10 fois en 24 heures.

30 juillet. Le toucher vaginal ne révèle plus aucun épaississement ; le fond de la vessie est souple et peu douloureux. La malade part en convalescence au Vésinet.

« Il est probable, ajoute Féré, qu'il s'agit ici d'un phlegmon péri-uréthral développé sous l'influence de l'irritation provoquée par le passage de graviers trop volumineux, ou trop rugueux. Plusieurs tumeurs inflammatoires de ce genre ont déjà été observées par M. Guyon dans les mêmes circonstances. »

Nous tenons à faire remarquer que, si chez cette malade l'examen vaginal révélait une infltration morbide des parois de la vessie, par contre le peu d'abondance des hématuries et leurs autres caractères d'une part, d'autre part la violence, le siège et la précocité des douleurs ne s'accordaient guère avec l'idée d'un néoplasme. En un mot, cette observation est bien propre à montrer la prédominance de la valeur des signes fonctionnels sur la valeur des signes physiques.

B. *Cathétérisme vésical.* — Ce mode d'exploration, que *a priori* on serait tenté de regarder comme le plus utile au diagnostic des néoplasmes vésicaux, donne quelquefois des renseignements négatifs, alors même qu'il existe réellement une tumeur dans la vessie. C'est là une première remarque qu'il importe de faire tout d'abord ; une seconde non moins importante, c'est que le cathétérisme même *bien fait* et par *les mains les plus habiles* peut provoquer des hémorrhagies rapidement mortelles, ainsi qu'en font foi les observations de Cruveilhier, Leudet (1), Tufnell (2),

(1) Leudet. Bull. Soc. anat., 1852, p. 301.
(2) Tufnell. Dublin, Quat. Journ. med. sc. 1865, vol. 59, p. 470.

Rendu (1), Langlebert (2), Guyon (3), etc. La crainte de ces hémorrhagies est si grande pour notre maître M. Guyon, qu'il avait établi comme règle absolue jusqu'à ces derniers temps, qu'il ne fallait pas sonder les malades atteints de tumeur de la vessie, en dehors, bien entendu, des cas où la présence de caillots ou l'existence de quelques autres accidents forcent la main au chirurgien. Aujourd'hui cette règle ne doit plus être aussi absolue, puisqu'il ne s'agit plus seulement de constater l'existence d'un néoplasme, mais d'en apprécier le siège, le volume, la consistance et les contours ; la nécessité d'un diagnostic rigoureux doit faire passer outre.

Ce cathétérisme sera toujours pratiqué autant qu'il sera possible, en dehors des périodes hématuriques, lorsque le malade se sera reposé quelque temps au lit ; il sera conduit avec prudence et légèreté de main, l'exploration sera très courte.

La nature et la forme de l'instrument explorateur a une certaine importance. L'instrument le meilleur est la sonde exploratrice métallique à bec court, dépourvue d'yeux sur ses parties latérales. Je ne crois pas qu'on puisse tirer grand profit des instruments à yeux ouverts dans lesquels l'engagement de fragments du tissu morbide est considéré par certains comme une heureuse chance pour le diagnostic. Le cathétérisme est bien moins pratiqué, je le répète, dans le but de reconnaître la nature du néoplasme que de préciser sa forme, son volume et son siège, et les yeux tranchants de l'instrument risqueraient d'imposer une offense de plus à l'organe malade.

(1) Rendu. Bulletin Soc. anat., 1869, p. 543.
(2) Langlebert. Bull. Soc. anat., 1876, p. 256.
(3) Féré. Loc. cit., p. 74.

Enfin, dans certaines circonstances de vessie irritable, se révoltant au moindre contact, le sommeil anesthésique poussé très loin, comme dans le temps de l'aspiration de la lithotritie, sera parfaitement indiqué, surtout si, la vessie étant vide, on prévoit la nécessité d'une injection intra-vésicale.

Ces restrictions au cathétérisme et ces recommandations expresses à sa pratique faites, voyons ce que peut donner ce mode d'exploration. Le bec de la sonde pénétrant dans la vessie atteinte de néoplasme peut dévier de sa direction, il peut transmettre des sensations de rugosités, d'inégalités des parois de la vessie, il peut en troisième lieu révéler des sensations très vagues qu'il faut recueillir avec le plus grand soin, enfin il peut ne rien indiquer. A chacune de ces sensations correspondent des tumeurs de siège, de dimensions, de forme et jusqu'à un certain point de nature différentes.

En effet, le bec de la sonde est-il dévié d'un côté ou de l'autre? en doit-on inférer qu'il existe une tumeur remplissant tout le côté opposé de la vessie, et tandis que l'instrument pourra se mouvoir aisément du côté sain et être ramené jusqu'au contact du col, il sera empêché du côté malade, la tumeur se logeant dans la concavité du bec de l'instrument. M. Bazy a constaté ce fait de la façon la plus nette chez son malade avant l'opération et plusieurs fois M. le professeur Guyon nous en a rendu témoin, en procédant comme il a l'habitude de le faire pour la recherche des dimensions des calculs, c'est-à-dire mettant l'indicateur de la main gauche sur le cathéter au niveau du méat au moment du premier contact et le maintenant en cet endroit jusqu'à ce que le contact cesse pendant qu'il retire l'instrument. Le pédicule ou même le point d'implantation du néoplasme peut être ainsi reconnu. Si la tumeur siège sur le

bas-fond, la même manœuvre peut être possible; si elle s'implante sur la face postérieure, sur le sommet ou la face antérieure, les renseignements seront bien plus confus.

Dans le second cas que j'ai supposé, les sensations d'indurations, de rugosités, demandent la plus grande circonspection dans leur analyse. « En effet, dit M. Bazy, quand on explore une vessie qui souffre depuis longtemps, qui a été obligée de lutter contre un obstacle quelconque à l'émission de l'urine, ses parois sont épaissies et de plus la vessie se contracture et cherche à chasser l'instrument qu'elle contient. Dans ces conditions, les fibres entrecroisées de la couche interne ou plexiforme de la tunique musculeuse se contracturent et font à l'intérieur de la vessie des saillies sous forme de colonnes; ces colonnes indurées pourraient en imposer pour un néoplasme; mais le bec en les parcourant éprouve une série de ressauts caractéristiques que la main perçoit très nettement. De plus, le malade à ce moment souffre et fait des efforts synergiques à ceux du muscle vésical. Ces saillies formées par les colonnes se retrouvent du reste à droite et à gauche, à la base et au sommet. Il faut être prévenu de cette particularité pour éviter l'erreur. » J'ajouterai de plus que l'anesthésie, en laissant l'organe flasque et au repos, permet de se mettre à l'abri de toutes ces surprises.

L'observation suivante est un bel exemple de ce que peut donner l'exploration vésicale avec le cathéter.

Obs. VI. — (Résumé extrait du registre du musée de Necker, nº 92.)

S... (Louis), âgé de 69 ans, entre le 27 septembre 1877, salle Saint-Vincent, nº 14 à l'hôpital Necker.

Début il y a huit mois par des hématuries sans douleur et sans cause

appréciable. Depuis cette époque « jamais » les urines n'ont été absolument exsangues, mais leur coloration a bien varié suivant la quantité de sang rendu. A plusieurs reprises émission de caillots douloureux, mais jamais de rétention.

Etat à son entrée à l'hôpital. — Anémie profonde, anxiété; facies jaune-paille.

10 octobre. Exploration du canal. Canal libre.

Exploration de la vessie. — Le col n'est aucunement douloureux non plus que le corps. Vessie épaisse à grosses colonnes. Pas la plus petite hémorrhagie pendant cet examen. Le toucher rectal combiné avec le palper abdominal ne donne aucun renseignement appréciable, prostate un peu grosse.

Cet examen est suivi d'un petit mouvement fébrile ; les urines ne sont pas plus sanglantes, mais elles sont très fortement alcalines et ont une odeur fétide et repoussante.

Le 20. La fièvre a cessé depuis quelques jours ; on pratique une seconde exploration de la vessie avec la sonde d'argent, et, cette fois, « *on constate à gauche et au fond la présence d'une petite masse du volume d'une noix, masse contre laquelle vient butter la sonde et qui fait rebondir cet instrument. Les données ainsi obtenues sont très nettes, et d'après elles, on peut parfaitement dessiner la forme, le volume et la position du néoplasme...* »

Mort le 22 décembre.

Autopsie. — Vessie assez spacieuse, à parois épaisses et irrégulières; la muqueuse grisâtre est très inégale : elle est couverte de plis limitant un grand nombre de cavités aréolaires. *Presque dans le bas-fond, à gauche, on trouve une tumeur du volume d'une grosse noix; elle a assez exactement la forme d'un champignon* et à la coupe elle semble de consistance assez dure. Cette tumeur cancéreuse qui se dirige sur le col de la vessie ne l'atteint cependant pas.

Lorsque la sonde promenée dans la vessie rencontre un de ces néoplasmes végétants en forme de longs filaments arborescents en suspension dans le liquide contenu dans la vessie, elle transmet à la main qui la manœuvre une sensation que M. Guyon compare à celle qu'on éprouve en caressant avec le bec de la sonde une barbe soyeuse; il semble que l'instrument s'enfonce dans une substance spongieuse ou qu'il effleure une surface veloutée.

Obs. VII. — (Résumé extrait du travail de M. Féré.)

Le nommé Léonard, 55 ans, entre le 8 octobre 1878 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon.

Hématurie depuis deux ans. Pas de mictions fréquentes. Les urines du matin contiennent quelquefois du sang. L'hématurie dure un mois de suite. N'a pas maigri. Quand il marche, douleurs dans le bas-ventre. La prostate ne présente rien de particulier. Le sang vient en finissant, mais ne se mêle pas à l'urine, excepté quand il est extrêmement abondant.

Aucun symptôme de cystite. En finissant d'uriner il n'y a pas le moindre effort. Rétrécissement peu étroit, mais dur, de la région pénienne (n° 8).

Exploration avec la sonde métallique. *Paroi gauche de la vessie très tomenteuse dans une bonne étendue, comme si le bec de la sonde était dans de la barbe.*

Diagnostic. — Fongus bénin près du col.

Rien dans les testicules.

Enfin il peut arriver qu'il existe bien réellement un néoplasme dans la vessie sans que l'examen le plus minutieux de toutes les régions par la sonde révèle absolument rien, pas la moindre sensation de contact. Cet examen négatif répond à ces cas de polypes villeux à ramifications extrêmement délicates et mobiles qui flottent dans la vessie et ont leur point de départ exclusivement dans la muqueuse. J'apprécierai la valeur de ces renseignements négatifs, lorsque je discuterai les indications et les contre-indications opératoires.

C. *Exploration digitale de la vessie.* — Voilà certes un moyen de diagnostic qui, d'une façon générale, prime tous les autres, et on ne saurait nier que le doigt dans une foule de circonstances l'emporte même sur les yeux pour constater les lésions situées dans la profondeur des conduits naturels. En gynécologie, par exemple, le toucher vaginal laisse loin derrière lui le spéculum lorsqu'il s'agit

d'apprécier les changements de volume, la mobilité de l'utérus, mais dans le cas particulier qui nous occupe, ce mode d'investigation donne-t-il tout ce qu'on est en droit d'en attendre ailleurs? Peut-il renseigner avec facilité, efficacité et sûreté (*With ease, efficiency and safety*) (1)? Les chirurgiens anglais, et à leur tête Henri Thompson, Lund, Whitehead n'hésitent pas à répondre par l'affirmative et usent de ce moyen, même chez l'homme, à l'aide d'une opération préliminaire. En France, il n'est guère dans les habitudes chirurgicales de faire ces opérations, surtout lorsqu'elles exigent la création de voies artificielles, et on n'a recours à la dilatation des conduits naturels et à l'incision exploratrice que pour confirmer un diagnostic déjà presque assuré, et lorsqu'on sait que cette opération préliminaire servira à guérir ou tout au moins à reconnaître l'affection. Cette question touche de trop près à la thérapeutique, tant au point de vue de son opportunité que de son procédé opératoire, pour que nous ne réservions pas son étude au chapitre du traitement.

Après avoir étudié en détails les symptômes fonctionnels et les signes physiques des néoplasmes de la vessie, il m'est, je crois, permis de conclure que, dans la très grande majorité des cas, on peut arriver à reconnaître non seulement l'existence, mais encore le siège, la forme, le volume et les connexions de ces produits pathologiques.

Je désire, en terminant ce chapitre, résumer la valeur de chacun des symptômes précédemment exposés, en les appliquant à un cas supposé. Cela me permettra de synthétiser pour ainsi dire l'étude analytique que je viens de faire

(1) On exploration of the Bladder by perineal section of the urethra, as a mean of diagnosing obscure vesical diseases, and of removing the cause when it consits of tumour, encysted calculus, etc., par sir H. Thompson. The Lancet, 3 février 1883, p. 181.

et de tracer la conduite du chirurgien dans la recherche méthodique des signes, qui commanderont ou son action ou son abstention opératoire.

Un malade se présente avec des troubles divers de la miction, il souffre ou ne souffre pas de la vessie, mais se plaint d'hématuries abondantes, revenant à des intervalles plus ou moins longs, sans cause provocatrice ; ces hématuries n'augmentent pas par la marche, la fatigue, mais elles ne cessent pas par le repos ; elles disparaissent brusquement et spontanément comme elles sont venues. Ce sont évidemment là les caractères des hématuries d'origine néoplasique et le clinicien doit de suite les localiser soit dans le rein, soit dans la vessie. Les résultats négatifs de l'examen des régions rénales explorées aussitôt devront, faire songer à un néoplasme vésical. Que si le malade rend, suspendus dans ses urines, des débris de tumeur, le diagnostic trouvera dans leur examen une nouvelle confirmation.

Or ces symptômes ne pourront jamais que révéler la présence d'un néoplasme : ils le dénoteront, il est vrai, de la façon la plus certaine, mais n'en indiqueront pas les caractères intéressant au plus haut point le pronostic et le traitement, à savoir son étendue, son siège, son volume, ses connexions. C'est alors qu'il faudra mettre en œuvre les divers modes d'exploration pour parfaire le diagnostic. Le clinicien devra naturellement commencer par l'emploi des manœuvres les plus simples, c'est-à-dire la palpation hypogastrique et le toucher rectal. De deux choses l'une, ou ces méthodes d'exploration donneront des résultats *positifs* ou elles ne fourniront que des renseignements *négatifs*.

Dans le premier cas l'induration étendue, la rigidité, les bosselures de la paroi vésicale indiquent un envahissement des tuniques du réservoir, tel que, disons-le par anticipation, l'opération ne pourra être bien évidemment qu'incom-

plète et que, pour agir chirurgicalement, il faudra de très sérieuses raisons, par exemple des hématuries profuses ou des douleurs rendant la vie insupportable.

Dans le second cas ni le palper hypogastrique ni le toucher rectal isolés ou combinés ne révèlent rien d'anormal du côté de la vessie. Ces renseignements *négatifs* sont de la plus haute importance au point de vue que poursuit le chirurgien désireux d'intervenir contre les hématuries rebelles ou des douleurs intolérables.

Comme le fait si justement remarquer M. Guyon, que signifie en effet cette absence de renseignements, sinon que le produit pathologique, source des hémorrhagies, végète à la surface de la muqueuse vésicale respectant les autres tuniques, et que conséquemment l'intervention chirurgicale aura la plus grande chance d'en débarrasser complètement la vessie et d'être non palliative, mais encore curative ?

Un autre moyen reste d'ailleurs, qui pourra révéler quelques circonstances ayant échappé aux précédents modes d'investigation, c'est le cathétérisme, qu'on devra pratiquer seulement après avoir acquis les autres renseignements, et qu'on fera à ce moment dans un but déterminé.

Comme le toucher rectal le cathétérisme peut donner des résultats *négatifs* ou *affirmatifs*. Les résultats sont-ils affirmatifs, il faut étudier avec soin les renseignements qu'il fournit, c'est-à-dire le siège exact de la tumeur, son volume, sa forme et, caractère le plus important, l'étendue de sa base d'implantation. Les résultats sont-ils *négatifs*, comme l'était également le toucher rectal et la palpation hypogastrique, le clinicien ne devra pas pour cela abandonner son diagnostic néoplasie vésicale fait d'avance par la considération de symptômes fonctionnels. Sans doute ce diagnostic se présentera dans des conditions moins belles que précédem-

ment, où à l'existence rationnelle d'une tumeur intravésicale s'ajoutaient des signes non douteux de siège, de volume, de connexion ; mais ce que le diagnostic perd en précision, le pronostic le gagne, en ce sens que le néoplasme impalpable, mais cependant constant, est de ceux qu'on peut espérer enlever en totalité par une opération. En effet ces cas correspondent à ces productions villeuses, frangées, à prolongements multiples flottant dans l'intérieur de la vessie et ne pouvant donner parfois aucune sensation à l'instrument explorateur. Si donc la douleur et plus souvent l'hématurie conduisent le chirurgien à une opération, il ne devra pas hésiter à la pratiquer et, fort des renseignements donnés par les signes rationnels, il agira avec non moins de sûreté pour sa réputation que lorsque son cathéter ou son doigt lui révélaient un néoplasme intravésical, et très fréquemment avec beaucoup plus de bénéfice pour le patient.

Que devient après cela la valeur de l'exploration digitale de la vessie ? Elle est singulièrement restreinte pour ne pas dire annihilée. Tous les autres modes d'exploration suffisent amplement à apporter la conviction dans l'esprit du praticien et nous ne croyons pas qu'instruit sur l'évolution symptomatique des néoplasmes vésicaux, un chirurgien en soit réduit à ce moyen extrême d'ouvrir la vessie pour savoir ce qui cause les troubles, dont se plaint le patient. L'ouverture du réservoir urinaire doit avoir un autre but, celui de constater d'une façon plus exacte et plus complète les caractères particuliers d'un néoplasme donné. A ce titre seulement elle devra être employée, elle précédera dès lors toute intervention chirurgicale opératoire non comme élément de détermination de cette intervention, mais comme le moyen le plus sûr de renseigner l'opérateur sur les circonstances où se trouvent la tumeur sur laquelle il est appelé à agir.

Comme preuve de la possibilité d'un diagnostic suffisamment exact par les moyens ordinaires d'exploration, je donne ici sous forme de tableau en regard les renseignements cliniques et les lésions anatomiques observés chez les malades, dont les observations et les pièces sont conservées au musée de l'hôpital Necker.

TABLEAU où l'on met en regard les renseignements fournis par les divers modes d'exploration et les lésions anatomiques dans dix observations extraites du registre du musée de l'hôpital Necker.

Nos de LA PIÈCE.	RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR La palpation hypogastrique.	Le toucher rectal.	Le cathétérisme.	SIÈGE, CONNEXIONS VOLUME DE LA TUMEUR trouvée à l'autopsie.
11 Préparée par M. Molinier.	»	Sensation d'incrustation vésicale.	Sonde promenée sur la paroi vésicale perçoit une sensation de frottement, comme sur du cuir neuf. La muqueuse de la vessie paraît sèche. En retirant la sonde on éprouve une résistance.	Masse cancéreuse inégale, anfractueuse, ayant envahi la prostate, le trigone et une partie du bas-fond.
12 Préparée par M. Molinier.	»	»	Incrustation au niveau du col. Vessie très saignante.	Cancer envahissant toute la paroi antérieure.
26 Préparée par M. Reverdin.	Bien que la vessie ait été vidée par le cathétérisme, on sent à l'hypogastre une tumeur mal limitée et dure.	Prostate volumineuse bosselée, dure. Au-dessus d'elle on sent une sorte de plafond rigide paraissant formé par le bas-fond de la vessie.	Vessie très sensible. Le bec de la sonde ne peut exécuter aucun mouvement dans son intérieur.	Vessie petite à parois très épaisses. Son fond est infiltré de bosselures de tissu pathologique, qui font également saillie du côté du cul-de-sac vésico-rectal. Les deux feuillets de ce cul-de-sac sont réunis par des adhérences.
35 Préparée par M. Rendu.	»	Empâtement assez volumineux, mais circonscrit au niveau de la prostate.	Déviation du bec de la sonde à droite.	Parois de la vessie racornies et ratatinées, d'où diminution considérable de sa cavité. Leur épaisseur dépasse un centimètre. Toute la surface de la muqueuse est hérissée de saillies, qui ont leur maximum sur les côtés et la paroi antérieure.
92 Préparée par MM. de Marignac et Ja-	Négatif.	Rien d'appréciable.	Vessie épaisse à grosses colonnes.	Vessie assez spacieuse, à parois épaisses et irrégulières ; nombreux plis limitant un grand nombre de cavités aréolaires. Presque dans le fond, à gauche, tumeur du volume d'une grosse noix, de la forme d'un cham-

main.		organe.		de la consistance de la pulpe cérébrale.
104 Préparée par M. Bazy.	Nodules durs infiltrant la paroi antérieure de la vessie et formant comme un second pubis (péricystite).	»	»	Végétations néoplasiques en forme de choux-fleurs sur les parois supérieure et antérieure.
110 Préparée par M. Monod.	»	Tout le plancher de la vessie est le siège d'une induration manifeste.	»	Énorme masse fongueuse remplissant toute la cavité vésicale et s'implantant sur la paroi inférieure de la vessie du côté droit dans une étendue de 6 à 7 centimètres dans tous les sens.
114 »	»	»	Le bec de la sonde sent des espèces de rugosités comme si on avait affaire à des colonnes de la vessie.	Fongus sous forme de polype occupant surtout la face postérieure et la face inférieure de la vessie
116 Préparée par M. Guiard.	Globe volumineux et résistant simulant la vessie distendue par l'urine.	Tumeur fluctuante à surface régulière au-dessus de la prostate.	»	Parois de la vessie considérablement augmentées d'épaisseur, sur le bas-fond et la paroi postérieure tumeur énorme remplissant toute la cavité du réservoir et implantée par une très large base sur le côté droit du trigone.

N.-B. — Nous ne donnons pas ici le résumé de toutes les observations du registre de la collection anatomo-pathologique de Necker, parce que parfois l'observation est incomplète, le malade, très affaibli au moment de son entrée dans les salles, n'ayant pas été soumis à un examen de détail, ou bien parce que les lésions étaient si évidentes que la dégénérescence de la vessie ne pouvait être un moment mise en doute. Nous ne comprenons pas non plus dans ce tableau les observations que nous rapportons dans le texte courant.

DEUXIÈME PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES.

J'ai établi dans un premier chapitre par les données anatomo-pathologiques, qu'il était permis dans un nombre considérable de cas d'entreprendre avec chance de succès l'extirpation des néoplasmes vésicaux ; dans un deuxième chapitre j'ai démontré qu'il était possible d'arriver au diagnostic de semblables lésions; il convient maintenant de faire connaître les résultats généraux des opérations pratiquées jusqu'ici, et de déduire de leur considération les indications et les contre-indications générales de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie.

A. *Résultats généraux des opérations pratiquées jusqu'ici.* — Je ne m'occupe pas pour le moment des résultats obtenus par telle ou telle opération ; je ne fais pas non plus de distinction ni de l'âge, ni du sexe des malades, pas plus que de la nature de la tumeur, je juge l'ensemble des faits, les détails viendront ensuite.

J'ai rassemblé 35 opérations de néoplasmes vésicaux chez l'homme et 37 opérations chez la femme, soit un total de 72 faits. Sur ces 72 faits, je note 45 guérisons, 27 morts.

Cette proportion est toute en faveur de l'intervention,

mais il convient de s'entendre sur ce mot guérison, qui signifie, dans l'espèce, non pas que le malade a été pour jamais débarrassé de son affection, mais simplement qu'il n'a pas succombé aux suites de l'opération. Il en est ici comme des tumeurs récidivantes des autres régions, les bienfaits de l'intervention se jugent non par la disparition définitive de la maladie, mais par la survie qui en est la conséquence.

Or, en analysant les 45 cas de prétendue guérison, on voit que dans 26 cas cette guérison est simplement mentionnée sans aucune indication de la durée de la survie des opérés, dans les 19 cas qui restent on trouve que la guérison se maintenait parfaite.

3	fois	1	mois	après l'opération.
1	—	2	—	—
3	—	6	—	—
1	—	1	—	—
2	—	1	an	—
1	—	15	mois	—
4	—	2	ans	—
1	—	5	—	—
1	—	8	—	—

2 fois la guérison semble définitive.

On peut objecter aux avantages de cette prolongation plus ou moins longue de la vie des opérés, que l'évolution des néoplasmes vésicaux est essentiellement lente et que l'existence des malades n'aurait sans doute pas été abrégée en l'absence de toute intervention ; mais il est facile de voir par la lecture des observations que dans la très grande majorité des cas on n'est intervenu que sous la pression d'accidents graves, menaçant la vie à courte échéance (hématuries abondantes et répétées), en rendant l'existence absolument insupportable (douleurs intolérables, cystal-

gies). A part de très rares exceptions, les diverses opérations mises en usage ont eu toutes *pour heureux résultat de faire cesser les hémorrhagies et les douleurs* et de rendre supportables les dernières semaines et les derniers mois de la vie des malades. La rectotomie et la colotomie dans le cancer du rectum, conseillées par les membres de la Société de chirurgie, ont-elles d'autres effets?

La part de succès, qui revient à chacune des opérations pratiquées, sera indiquée au chapitre suivant, traitant des diverses méthodes opératoires. Mais je ne veux pas quitter ce qui a trait aux résultats généraux de l'intervention chirurgicale, sans signaler l'influence du sexe et de l'âge.

Sur 35 opérations pratiquées chez l'homme, je note 19 guérisons et 16 décès; sur 37 opérations faites chez la femme, je relève 26 guérisons et 11 morts. La mortalité est donc bien moins considérable dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Un autre fait non moins intéressant se dégage du dépouillement des observations. C'est qu'au nombre des 19 malades qui ont été suivis et chez lesquels la guérison s'est maintenue plusieurs mois et même plusieurs années, on trouve une bien plus longue survie chez les femmes que chez les hommes.

C'est ce qu'indique le tableau suivant :

Durée de la guérison des malades opérés de néoplasmes vésicaux par les diverses méthodes, dans les deux sexes.

Malades hommes.	Malades femmes.
1 mois.	1 mois.
2 —	2 —
6 —	6 —
8 —	1 an (2 malades).
12 —	2 ans (4 malades).
15 —	5 —
1 guérison définitive.	8 —

Tous ces malades allaient bien et ne présentaient au-

cune trace de récidive aux époques signalées, et il y a tout lieu de croire qu'un certain nombre ont été définitivement guéris.

On a pratiqué l'extirpation de tumeurs vésicales à tous les âges de la vie. Du dépouillement des observations, il résulte que la mortalité de semblables opérations est bien moindre dans la période moyenne de la vie qu'à ses deux extrémités. En effet, dans 59 cas où l'âge est indiqué, je trouve que sur 5 malades opérés au-dessous de 5 ans aucun n'a guéri ; sur 14 malades opérés au-dessus de 60 ans, 6 se sont rétablis et 8 sont morts ; des 38 malades opérés entre 10 et 50 ans, 24 ont guéri et 14 ont succombé. Dans ce groupe de 38 malades, on voit que la léthalité croît avec l'âge, puisqu'il n'est pas mentionné un seul décès de 10 à 20 ans ; de 20 à 30 ans on en relève 1 ; de 30 à 40 ans, 3. Voici, d'ailleurs, un tableau permettant d'embrasser d'un seul coup d'œil ces résultats statistiques :

5	opérés de moins	de 5 ans ont donné	5 morts.
3	opérés	de 10 à 20 ans	3 guérisons.
5	—	de 20 à 30 ans.....	4 guérisons. 1 mort.
8	—	de 30 à 40 ans.....	5 guérisons. 3 morts.
12	—	de 40 à 50 ans.....	8 guérisons. 4 morts.
10	—	de 50 à 60 ans.....	4 guérisons. 6 morts.
14	—	de 60 à 70 ans.....	6 guérisons. 8 morts.
2	—	de 70 à 80 ans.....	2 guérisons.

Je crois être en droit de déduire des considérations précédentes des indications générales utiles pour le chirurgien, qui se trouvera en présence d'un néoplasme vésical. Les faits, que j'ai réunis, sont assez nombreux pour tirer de leur examen les conclusions suivantes :

L'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie est justifiée ; s'il n'est pas démontré d'une façon péremptoire qu'elle prolonge la vie des malades, il est de toute évidence qu'elle fait cesser les hématuries et les douleurs ;

L'intervention est moins meurtrière et ses résultats sont plus durables dans le sexe féminin que dans le sexe masculin ;

C'est surtout dans l'âge adulte qu'elle donne les plus beaux succès.

Nous savons maintenant dans quelles conditions, étant donnée une tumeur de la vessie, l'opération aura plus ou moins de chances de réussite, mais cela ne suffit pas pour la commander. A côté de ces indications générales il y a des indications et des contre-indications locales, qu'il me faut maintenant étudier.

Ces indications et contre-indications se tirent des conditions anatomiques du néoplasme et des symptômes qu'il provoque.

B. *Indications.* — Dans l'état actuel de la science, ainsi que je l'ai dit précédemment, il est à peu près impossible de se rendre compte de la nature histologique d'une tumeur vésicale pendant la vie même du malade ; aussi cette question ne devra-t-elle pas préoccuper le chirurgien.

D'une tout autre importance sont le siège, l'étendue, les connexions, le mode d'implantation du néoplasme.

Tumeur pédiculée. — Nous avons vu dans quelle mesure et par quels moyens on pouvait espérer arriver à se faire une conviction à ce sujet. Si donc on constate l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, mais mobile, pédiculée, sans infiltration des parois de la vessie, on sera en droit d'agir sur elle, même en l'absence d'hématuries abondantes et répétées et de douleurs intenses. La facilité et la bénignité

de cette ablation devront d'autant plus tenter le chirurgien, qu'il est démontré par les observations que, tôt ou tard, ces néoplasmes, par leur développement, déterminent des accidents inévitables.

Je ne dois cependant pas cacher que la lecture d'un certain nombre d'observations est bien faite pour refroidir le zèle des opérateurs. On a vu des malades présenter pendant dix, quinze et vingt ans des signes non douteux de papillomes vésicaux (hématuries peu fréquentes et peu abondantes, quelques douleurs, parfois même de la rétention passagère), qui malgré cela jouissaient d'une santé très suffisante. L'observation II, que nous avons rapportée plus haut, a trait à une femme qui a présenté pendant vingt-six ans des signes de tumeur vésicale, sans en être gravement incommodée ; un malade, dont l'histoire est relevée dans le registre du musée de Necker (pièce n° 2), eut des hématuries pendant dix-huit ans. M. Guyon nous a rapporté oralement quatre faits de malades, qu'il suit depuis cinq à dix ans, offrant tous les signes d'une néoplasie vésicale et se livrant cependant entièrement à leurs occupations. On le voit, la décision ne laisse pas que d'être embarrassante. Le procès est pendant ; ne pouvant le juger, je me contente d'apporter les pièces contradictoires.

L'intervention s'imposera sans discussion, si, comme il n'est pas rare de l'observer, ces tumeurs pédiculées petites, très mobiles, donnent lieu à d'abondantes hématuries et à d'insupportables douleurs.

Tumeur sessile. — Je suppose, en opposition de ces cas simples, qu'on soit en présence d'une tumeur faisant peu de relief dans la vessie, infiltrant ses parois dans une plus ou moins grande étendue, et se présentant dans des conditions telles que son extirpation sera forcément incomplète. La conduite du chirurgien sera dictée ici par les symptômes con-

comitants ; certains de ces néoplasmes à large base évoluent sourdement, sans réaction, sans déterminer d'hématurie notable, de douleurs vives, de troubles de la miction. S'il en est ainsi on devra s'abstenir. En effet « le chirurgien, « en présence d'un cancer en quelque région qu'il soit « situé, doit, par-dessus tout, se préoccuper de faire une « opération complète. Je dirai volontiers, parodiant un mot « célèbre, l'ablation sera totale ou elle ne sera pas (1). »

Si par contre, comme il arrive le plus souvent, ces néoplasmes infiltrés s'accompagnent d'hématuries profuses, de douleurs intolérables, de rétention d'urine, l'intervention est alors, non seulement, justifiée, mais pour ainsi dire imposée. On sait, en effet, les observations de M. Bazy, de M. Guyon (2) en font foi, que l'ouverture de la vessie, même en l'absence d'une éradication complète du néoplasme, suffit pour faire cesser les hémorrhagies et les douleurs. L'opération est ici palliative, l'incision vésicale a la même valeur que l'anus artificiel dans les cancers anorectaux. Cette opinion émise par M. Bazy, partagée par le rapporteur de son travail M. Monod, et par M. Verneuil, a reçu une confirmation éclatante des données de la clinique. La plupart des malades ont vu après l'ouverture de la vessie par un procédé quelconque, voire même la simple

(1) Rapport de M. Monod sur le travail de M. Bazy. Bull. de la Soc. de Chirurgie, t. IX, 1883, p. 639.

(2) M. Guyon dans son enseignement journalier insiste beaucoup sur le rôle que joue la distension de la vessie dans la production des douleurs et des hémorrhagies. « Toute vessie capable de se distendre peut se congestionner et devenir douloureuse; lorsqu'elle cesse au contraire de pouvoir se distendre, lorsque de réservoir elle est transformée en un simple conduit, elle perd en très grande partie la possibilité de se congestionner et de s'enflammer. Aussi est-il parfois nécessaire, quand l'ablation n'a pu être complète, de maintenir ouverte indéfiniment la plaie hypogastrique. »

dilatation du col, leurs douleurs disparaître et leurs hémorrhagies cesser.

La rétention d'urine est encore une circonstance qui forcera la main du chirurgien, et l'obligera à intervenir alors qu'il a la ferme conviction de ne pouvoir enlever le mal dans sa totalité.

Sans doute, on peut souvent par le cathétérisme répété arriver à vider le réservoir urinaire, mais cette introduction de sonde sans danger dans une vessie saine, devient une cause imminente d'accidents inflammatoires dans une vessie malade.

Cette nouvelle indication de l'intervention, signalée dans le travail de M. le professeur Guyon, se présente non seulement lorsque la tumeur néoplasique vient obstruer l'embouchure de l'urèthre au col (1), mais encore lorsqu'elle s'oppose par son siège aux angles postérieurs du trigone au passage de l'urine de l'uretère dans la vessie (2).

Tumeur impalpable. — Je l'ai suffisamment démontré à la fin du précédent chapitre : lorsque par le palper hypogastrique, le toucher rectal et le cathétérisme on ne trouve rien d'anormal du côté de la vessie d'un homme se plai-

(1) Voir l'observation rapportée par Stanley.

(2) Je rappellerai que la base de la vessie au voisinage des uretères est le siège de prédilection des tumeurs vésicales. « Cette localisation, dit Ferré, explique pourquoi on a si souvent à redouter les accidents déterminés par l'oblitération des uretères. »

Dans les Arch. of med., New-York, févr., p. 1, 1882, on trouve une observation de cancer de la vessie ayant amené l'occlusion des orifices des uretères et déterminé la mort par coma urémique, par Samuel B. Ward.

A. W. Foct rapporte dans The Dublin Journ. of med. sc., p. 341, octobre 1876, l'observation d'un malade ayant eu pendant sa vie des hématuries, des douleurs très grandes de la miction, et à l'autopsie duquel on trouva une tumeur villeuse siègeant au niveau du trigone et obturant l'orifice de l'uretère droit. Cet uretère étant dilaté et le rein correspondant transformé en poche kystique ; le rein gauche était hypertrophié, mais mou et flasque.

gnant des hématuries caractéristiques et des autres symptômes inhérents aux néoplasies intravésicales, les circonstances sont on ne peut plus favorables à l'intervention, puisque le chirurgien pourra espérer de débarrasser complètement le réservoir urinaire du produit pathologique. Comme dans les cas de tumeur pédiculée l'opérateur est donc en droit d'agir, mais la connaissance de la longue durée de l'évolution de ce genre de néoplasme lui feront un devoir de n'user de ce droit que lorsque quelque accident, par exemple des hématuries répétées, mettra la vie du malade en danger.

En résumé les indications de l'intervention dans les tumeurs de la vessie se posent en ces termes :

Intervention facultative permise, dans les cas à tumeurs de diagnostic certain, petites, pédiculées, ne donnant lieu à aucun accident important. Faisant allusion à ces cas, M. Reclus (1) écrit : « La question peut se poser et se résoudre dans l'un ou l'autre sens, suivant le tempérament du chirurgien. »

Intervention obligatoire dans tous les cas de tumeurs pédiculées, sessiles ou impalpables, toutes les fois qu'elles déterminent des accidents graves : « Douleur, hématurie, envies fréquentes d'uriner, rétention d'urine. Miction douloureuse. »

Je m'empresse d'apporter un correctif à ce que semble avoir trop d'absolu cette épithète d'*obligatoire* appliquée à une intervention chirurgicale ; en l'employant, j'ai voulu seulement affirmer la conviction qui, pour moi, résulte des faits que j'ai vus et de la lecture des observations que j'ai dépouillées. C'est au clinicien d'apprécier en présence de la plus ou moins grande intensité des symptômes offerts

(1) De l'extirpation des tumeurs vésicales. Gaz. hebdomad. de méd. et de chir., 1884, n° 13, p. 203.

par son malade, s'il y a quelque bénéfice à retirer d'une opération; ce que peut lui apprendre l'expérience d'autrui est contenu dans nos tableaux, où l'on voit que dans la très grande majorité des cas la disparition de la douleur et des hématuries a suivi immédiatement l'intervention.

C. *Contre-indications.* — A côté des indications de l'opération dans les néoplasmes vésicaux, se placent naturellement les contre-indications. En donnant les résultats généraux des observations que j'ai réunies, j'ai montré que le jeune âge et la vieillesse, celle-ci dans des proportions moindres, sont peu favorables à la réussite des opérations; l'intervention chez les enfants au-dessous de 5 ans est tellement meurtrière (5 opérations, 5 décès), que je serais volontiers disposé à dire que l'enfance est une contre-indication formelle à tout acte chirurgical.

On se souvient que, quoique rare, la généralisation des tumeurs de la vessie peut s'observer. Dès lors, il n'est pas besoin d'insister sur la nécessité qui s'impose au chirurgien, de rechercher par un examen attentif de son malade, s'il n'existe pas quelque part un indice de la présence d'une tumeur secondaire, qui deviendra alors dans ce cas particulier, comme dans tous les autres cas de cancer une contre-indication opératoire.

L'infection des néoplasmes vésicaux se manifeste quelquefois très loin de la sphère génito-urinaire, mais parfois aussi elle se localise à cette sphère, atteignant le rein ou bien se propageant sans continuité aux corps caverneux, ainsi que nous l'avons vu chez le malade, dont nous rapportons l'observation à la page 136 (1). La constatation de ces déterminations néoplasiques devra, bien entendu, suspendre toute entreprise chirurgicale, au même titre que

(1) Cette propagation est très rare. M. le professeur Guyon nous a dit ne l'avoir observée qu'une autre fois.

leur apparition dans une autre partie éloignée du corps.

La cystite n'est pas une contre-indication aux tentatives d'extirpation des tumeurs vésicales, bien au contraire, elle peut devenir dans certains cas un élément de détermination. Plusieurs observations montrent en effet qu'après le grattage, le curage du réservoir urinaire, les urines auparavant ammoniacales, troubles et contenant du pus, sont redevenues acides et limpides.

Par contre, les lésions rénales à l'état aigu devront, dans la grande majorité des cas, faire repousser toute opération. M. Bazy et M. Monod discutent chacun dans son travail cette question, et distinguent avec raison les cas de pyélo-néphrite ascendante, de néphrite suppurée, de sclérose rénale avancée, des cas où le retentissement rénal ne se traduit que par des symptômes très peu accusés. L'abstention va de soi chez les premiers malades, chez les seconds, concluent les deux auteurs précédents, on peut agir à condition toutefois d'y être poussé par quelques-uns des symptômes graves sus-mentionnés. « Ne peut-on espérer, dit M. Monod, que l'amélioration de l'état vésical n'arrête ou du moins ne retarde l'évolution de la lésion rénale? La question mérite d'être posée, des faits plus nombreux permettraient seuls de la résoudre. » Je regrette que les observations, malheureusement fort incomplètes, que j'ai pu réunir ne me permettent pas de remplir ce desideratum. Mais ne savons-nous pas que les lésions rénales déjà confirmées et même avancées, pourvu qu'elles soient à l'état chronique, ne constituent pas une contre-indication à l'uréthrotomie interne ou externe ni aux autres opérations sur les organes urinaires? Bien plus, dans ces conditions, ces opérations enrayent souvent la marche de la détermination rénale (1).

(1) Étude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe, par Eugène Monod, th., Paris, 1880.

Les adhérences de la vessie atteinte de néoplasme aux autres organes du petit bassin (rectum, S iliaque chez l'homme, vagin, utérus chez la femme), en même temps que l'infiltration diffuse des parois vésicales, transformant le réservoir urinaire en une cavité à parois rigides, sont les seules contre-indications se tirant de l'état local. Outre que dans les cas d'adhérences aux autres viscères du petit bassin, on ne pourrait pas bien évidemment compter faire une extirpation complète de la tumeur, on comprend qu'on courrait le risque de léser des organes importants, d'ouvrir par exemple le rectum en poursuivant l'extirpation de pareilles dégénérescences. Cependant, ainsi que le fait remarquer M. Monod, dans ces tumeurs non extirpables on a la ressource de pratiquer l'opération palliative de la boutonnière périnéale ou hypogastrique. Il n'en est pas de même lorsque la néoplasie infiltre toute la paroi de la vessie, ou seulement celle forcément intéressée pour l'établissement de la fistule vésicale; le trajet ne serait-il pas en effet bientôt envahi, obstrué par les bourgeons cancéreux? Ces considérations devront être présentes à l'esprit du chirurgien, lorsqu'il décidera la voie à suivre pour l'ouverture de la vessie dans laquelle il devra pénétrer de préférence par les parties encore saines.

Je terminerai ce chapitre en examinant à quel moment de l'évolution des néoplasmes vésicaux il est préférable d'opérer. Nous savons que leur marche est extrêmement lente et que leur principal symptôme, les hématuries peuvent disparaître pour un temps quelquefois fort long, laissant au malade une période de calme pendant laquelle il peut se croire guéri; mais nous savons aussi que tôt ou tard les pertes de sang se succèdent abondantes et fréquentes, déterminent des accidents intra-vésicaux graves

(formation de caillot, rétention d'urine, cystite) et un affaiblissement rapide du malade. Toutes conditions mauvaises pour l'opération, surtout la dernière. On ne saurait donc attendre à cette période ultime, et toutes les fois que le diagnostic est suffisamment établi d'un néoplasme déterminant des hématuries abondantes et répétées, il faut l'enlever le plus tôt possible, s'il se présente avec les conditions d'extirpation requises par une bonne et saine chirurgie. Notre observation X est des plus significatives à ce sujet. G.... avait été opéré au mois de décembre 1883 dans de très bonnes conditions, il avait vu disparaître ses hématuries, avait repris des forces, et s'était remis à ses occupations. D'autres productions papillomateuses se reproduisent, nous avons tout lieu de le croire d'après l'examen de la pièce anatomique, dans le voisinage des végétations enlevées; les hémorrhagies reparaissent; il tarde d'entrer à l'hôpital et y vient profondément anémié, presque exsangue. Instruit par les faits antérieurs de cessation immédiate des hématuries par l'opération, on intervient, l'hémorrhagie cesse, mais le malade succombe trois jours après absolument agloburique.

Sans doute, il vaut mieux opérer en dehors de toute hématurie, dans une des périodes intercalaires; mais si le temps presse, il ne faut pas craindre d'ouvrir la vessie en pleine période hémorrhagique. Plusieurs de nos observations le prouvent : le meilleur hémostatique, c'est l'ouverture de la vessie.

CHAPITRE II.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS LES DEUX SEXES DANS LE BUT SOIT D'EXPLORER DIRECTEMENT LA VESSIE SOUPÇONNÉE ATTEINTE D'UN NÉOPLASME, SOIT D'EXTIRPER LE NÉOPLASME.

SECTION PREMIÈRE.

Opérations exploratrices.

Je réunis dans un même chapitre l'étude des opérations faites dans le but d'éclairer le diagnostic, et celles qui ont pour objet, soit de remédier à quelques-uns des symptômes graves des néoplasmes vésicaux (hématurie, douleur, rétention), soit d'enlever totalement ou en partie la tumeur.

Ainsi que je l'ai déjà dit, il n'est pas de règle en France de faire des incisions purement exploratrices, et j'estime suffisamment riche la symptomatologie des tumeurs vésicales pour qu'elle n'ait pas besoin de ce surcroît de renseignements.

Je ne crois donc pas, en principe, justifiables les opérations, qui ont pour but unique l'examen digital ou *de visu* de la surface interne de la vessie au moyen d'une ouverture donnant accès dans ce réservoir ; si anodines qu'elles soient, on ne doit pratiquer ces ouvertures de la vessie que si le malade doit en tirer quelque bénéfice. Or, on ne peut nier que, dans un certain nombre de cas de néoplasmes vésicaux, où on ne sent par les modes ordinaires d'investigation aucune tumeur de la vessie, il existe des symptômes très pénibles et mettant la vie du malade en danger (très grande fréquence des mictions, douleurs, hématuries), que l'on

sait devoir céder, quelle que soit leur cause, à l'incision de la vessie. Cela étant, le principe que nous posions tout à l'heure ne sera pas transgressé, si dans un cas difficile de tumeur vésicale on se laisse aller à ouvrir ce réservoir non pas pour vérifier l'existence du néoplasme, mais en constater la nature, la forme, l'étendue, puisqu'on fera une opération, qui aura au moins ce résultat heureux et certain pour le malade de mettre sa vessie au repos, et qui, très souvent aussi, permettra d'enlever en entier un néoplasme, qui ne se manifestait que par des troubles fonctionnels. Sous cette condition expresse, mais à cette condition seule, j'admets donc, comme parfaitement permise, l'exploration de la vessie par une opération préliminaire. Quelle sera cette opération? A risques égaux, la meilleure évidemment sera celle qui jouira de ce double avantage d'offrir une large voie à l'exploration vésicale et un champ opératoire bien découvert, s'il faut intervenir.

On ne saurait à ce point de vue comparer l'acte chirurgical dans les deux sexes. Tandis que chez la femme tout semble plaider en faveur d'un seul et même procédé d'exploration, la dilatation de l'urèthre, chez l'homme deux voies s'offrent au chirurgien : la voie périnéale et la voie sus-pubienne. Je n'aurais donc qu'à exposer très rapidement les moyens employés pour obtenir la dilatation de l'urèthre chez la femme, en en faisant ressortir les quelques inconvénients, compensés bien au delà par les renseignements précieux qu'en retirerait le diagnostic si cela était nécessaire; par contre il me faudra discuter et peser les avantages et les inconvénients, que présente chez l'homme, l'exploration de la vessie à la faveur de l'incision périnéale d'une part, et de l'incision hypogastrique d'autre part.

A. *Exploration de la vessie chez la femme.* — La dilatation de l'urèthre chez la femme et la petite fille est une opération aujourd'hui courante pour le traitement de certains calculs, et surtout pour celui des corps étrangers de la vessie; elle donne d'excellents résultats et n'est suivie, pourvu qu'elle soit pratiquée avec les précautions que je vais rappeler, que de très rares accidents (1). Son emploi dans le diagnostic des néoplasmes vésicaux, s'il en était besoin, ne saurait être un moment discutable, d'autant plus qu'ainsi que nous le verrons, elle pourra très souvent servir à l'exérèse des produits morbides aussi bien qu'à leur diagnostic.

Cette dilatation est lente ou rapide. Aujourd'hui que le chloroforme permet de mettre les malades à l'abri de la douleur, il n'y a aucun avantage à employer la dilatation lente à l'aide soit de l'éponge préparée, soit de la tige de laminaire, il est donc préférable d'avoir recours à la dilatation rapide que l'on pratiquera avec le doigt ou au moyen de divers instruments. Ces instruments sont nombreux, les meilleurs sont ceux qui agissent graduellement et dilatent l'urèthre sans à coup; je rappelerai seulement les mandrins de Simon (de Heidelberg), avec lesquels on peut obtenir une dilatation qui va de 8 à 20 millimètres de diamètre, le dilatateur de M. Guyon, qui donne une semblable dilatation, celui d'Huguier. On se sert encore de différents modèles de spéculum qui, au dire de leurs inventeurs, joignent à l'avantage de dilater l'urèthre, celui de permettre d'éclairer l'intérieur du réservoir vésical au moyen de jet lumineux. Il est évidemment plus facile d'é-

(1) Maurice (d'Ouville). Dilatation rapide du canal de l'urèthre chez la femme. Th. doct., Nancy, 1877.

Simonin. Faits récents de dilatation rapide de l'urèthre. Bull. Soc. chirurgie, 1880.

clairer la vessie chez la femme que chez l'homme, mais je ne crois pas, à cause des raisons que j'ai déjà données plus haut, que la vue doive le céder au toucher pour l'exploration de cet organe. Stein a construit dans ce double but un instrument fort ingénieux, que je ne puis juger que par la description qu'il en donne. C'est un cylindre formé de 4 valves emboîtées les unes dans les autres et pouvant à l'aide d'un système de cliquetage se développer uniformément de façon à constituer un tube de 6 centimètres 1/2 de diamètre.

Quel que soit l'instrument dont on se sert, il faut toujours l'introduire avec douceur, sous le sommeil anesthésique et après avoir préalablement débridé le méat par 3 ou 4 petites incisions ne dépassant pas 1/2 centimètre de profondeur. Grâce à ces précautions on évitera les dilacérations du canal uréthral. Une fois la dilatation pratiquée et l'instrument retiré, c'est le doigt qui donnera les renseignements que l'on cherche. Stein conseille fortement de pratiquer cette exploration digitale de la façon suivante : l'index est introduit dans l'urèthre, tandis que le médius pénètre dans le vagin, cette introduction simultanée des deux doigts permet l'accès dans la vessie d'une plus grande longueur de l'index, qui explore toute la face interne de la vessie, tandis que la pression sur l'hypogastre avec l'autre main amène au contact de la pulpe les parties les plus élevées.

B. *Exploration de la vessie chez l'homme.* — Est-il possible chez l'homme de réaliser, grâce à une opération préliminaire, les mêmes conditions d'exploration digitale de la vessie que chez la femme? J'ai dit au commencement de ce chapitre dans quel cas et pour quels motifs exprès, pareille entreprise était permise, je n'y reviens pas. Quel

chemin suivra donc le chirurgien qui voudra s'assurer par ce moyen, je ne dis pas de l'existence, mais du siège, du volume, de la forme et de l'étendue de l'implantation d'un néoplasme vésical? Pour les chirurgiens anglais, qui sont à peu près les seuls à avoir usé de l'incision exploratrice, l'hésitation à ce sujet n'est pas possible et ils sont d'avis de pénétrer dans la vessie en passant à travers le périnée. Sir Henry Thompson, M. Whitehead (de Manchester) ont pratiqué cette opération exploratrice un très grand nombre de fois, et sa valeur peut être jugée par les observations qu'ils ont rapportées.

Voyons d'abord en quoi elle consiste. Je ne saurais mieux faire que de rapporter la description même que sir Henry Thompson donne du manuel opératoire (1) : « Voyons maintenant, dit-il, la manière de procéder pour arriver à faire franchir à l'extrémité de l'index gauche le col de la vessie. Le premier but à atteindre est l'ouverture de l'urèthre au niveau de sa portion membraneuse, par le plus court chemin, qui la sépare de la surface du périnée, en pratiquant un passage suffisant pour admettre l'introduction facile de l'index, mais pas davantage. Il ne peut y avoir de doute qu'une incision médiane verticale, faite sur la ligne du raphé, remplit mieux cette indication que toute autre. Dans ces conditions la saillie qui est formée par les articulations des autres doigts repliés, quand l'opérateur introduit aussi loin que possible son index, se loge dans l'espace situé entre les deux testicules et presse directement sur le centre de la vessie...

« Le patient est placé dans la position ordinaire de la lithotomie, un cathéter à bec court et convenablement courbé avec une profonde rainure médiane est introduit

(1) Leçon professée à University College hospital, in Lancet, 3 février 1883, p. 182.

dans la vessie. L'opérateur plonge la pointe d'un bistouri long et droit à environ 3/4 de pouce de l'anus, et fait une incision verticale de la peau se dirigeant en haut, ne mesurant pas plus de 1 pouce à 1 pouce 1/4 en longueur. Il enfonce alors le bistouri profondément, bien parallèment au rectum, dans lequel l'index gauche doit être placé pour informer l'opérateur de la position relative du cathéter et de l'intestin, jusqu'à ce que la pointe rencontre la rainure du cathéter au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre. Il incise à ce moment les tissus qui recouvrent la rainure du cathéter dans une étendue de 1/2 pouce environ; l'index gauche est alors introduit dans la plaie, l'ongle insinué dans la rainure, et il s'avance lentement dans l'urèthre en le dilatant graduellement. Quand le doigt est arrivé dans l'urèthre prostatique, le cathéter est retiré, et le doigt est fortement poussé jusqu'à ce qu'il franchisse le col de la vessie; il devra remplir toute la plaie, si l'incision a été bien faite. Ordinairement il se fait une très petite hémorrhagie. A ce moment l'opérateur, maintenant son doigt dans la situation décrite, se lèvera et plaçant sa main droite sur l'abdomen du patient, au-dessus du pubis, il exercera une pression soutenue dirigée vers la cavité du bassin. Il sentira bientôt l'extrémité de son index gauche, et combinant les mouvements de ses deux mains il pourra, comme je l'ai déjà dit, examiner à loisir la surface de la vessie, explorer son sommet, ses parois latérales, son basfond, son trigone ; cette dernière région sera plus complètement explorée, s'il est nécessaire, en plaçant l'index de l'autre main dans le rectum.

« Vous observerez que l'opération ainsi décrite est simplement une uréthrotomie externe et non une cystotomie, opération dans laquelle on pratique des incisions du col de la vessie ; c'est encore moins une lithotomie. L'incision in-

téresse seulement une petite partie de l'urèthre située en avant de la prostate et du col, qui sont complètement respectés. Le résultat de cette incision est de rendre la vessie de l'homme aussi facile à explorer que celle de la femme, dans ses conditions naturelles; chez la femme, comme vous le savez, la dilatation de l'urèthre suffit à l'introduction du doigt dans le viscère à son exploration. Nous supposons que le résultat de cette exploration soit positif et que le doigt de l'opérateur reconnaisse la présence d'une masse néoplasique molle et floconneuse, insérée quelque part sur la face interne de la vessie. En l'amenant au contact du doigt par la pression sus-pubienne, il est facile de vérifier la nature du pédicule, s'il est étroit ou large, et d'apprécier en même temps les autres caractères reconnaissables au toucher (1)... »

En somme l'opération pratiquée par MM. Thompson et Whitehead n'est pas nouvelle en tant qu'opération, seul l'objet pour laquelle les chirurgiens anglais la pratiquent est nouveau. Elle se résume à ce qu'on appelle depuis longtemps en France *la boutonnière périnéale* (2), que Bouisson (de Montpellier) et surtout Dolbeau, ce dernier précédé par Allarton en Angleterre, essayèrent de faire accepter comme méthode de lithotritie par les voies accidentelles (3).

(1) Sir Henry Thompson, à la date du 16 juin 1883, rapporte 27 faits d'exploration de la vessie chez l'homme par son procédé; 12 fois il a rencontré un néoplasme; dans les 15 autres cas il n'a rien trouvé. Whitehead n'a fait la boutonnière périnéale que 6 fois; 4 fois il a trouvé et enlevé une tumeur; dans les deux autres cas, il ne constata aucun relief à la face interne de la vessie.

(2) La boutonnière périnéale était pratiquée au temps même des Arabes, et Avicenne conseillait de la pratiquer lorsqu'il y avait de la difficulté à uriner.

(3) Malgaigne et Le Fort. Manuel de médecine opératoire, 8e édit., Vol. II, p. 642 et suivantes.

L'urèthre prostatique et le col étant, dans ce procédé d'exploration, simplement dilaté avec le doigt, c'est, je le reconnais, moins une taille que ne l'était en réalité la lithotitrie périnéale de Dolbeau, qui à cause des manœuvres longues et répétées à travers le canal périnéo-prostatique faisait à peu près courir au malade les mêmes risques que la cystotomie périnéale; mais c'est plus qu'une simple uréthrotomie externe. Quelle que soit la douceur, la prudence qu'on apporte à la dilatation de l'urèthre prostatique et du col, il peut en résulter des déchirures et des accidents consécutifs.

En effet, en dehors même de toute affection de la prostate, il est des cas dans lesquels le tissu de cette glande est friable au point de rendre inévitables quelques ruptures. Sir Henry Thompson lui-même avoue avoir reconnu cet accident pendant la vie même des malades, et l'avoir constaté deux fois à l'autopsie (1).

Mais admettons l'innocuité parfaite de la boutonnière et voyons si elle donne tout ce qu'elle semble promettre et si, comme M. Lund le disait à la *Médico chirurgical Society* de Londres (2), on peut espérer, grâce à elle, explorer la vessie de l'homme avec la même facilité qu'on explore celle de la femme. Sir Henry Thompson, dans sa leçon citée précédemment, n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Selon lui l'extrémité du doigt peut toujours atteindre le

(1) Dans une lettre adressée à La Lancette (3 novembre 1883, p. 794), à propos du travail de Whitehead et de Pollard, Sir Henry Thompson dit que deux des quinze malades, qu'il a explorés sans avoir rencontré de néoplasmes, ont succombé. N'ayant trouvé nulle part la cause de la mort de ces malades, je ne puis qu'émettre l'hypothèse que ce sont précisément ceux sur lesquels les lésions prostatiques susmentionnées ont été constatées à l'autopsie.

(2) C. R. de la Royal medical and chirurgical Society, 23 janv. 1883. In the Lancet, p. 144,27 janv. 1883.

col de la vessie, et à la condition que cet organe soit vide et que les parois de l'abdomen soient relachées par l'anesthésie, il est toujours possible, par des pressions exercées sur l'hypogastre soit par le chirurgien lui-même, soit par un aide, d'amener successivement toutes les régions de l'organe au contact de la pulpe digitale. Mais comment alors ce doigt, serré dans le long canal périnéo-uréthral, pourra-t-il apprécier la consistance et les autres caractères de ces masses néoplasiques, qui ont déjà échappé au toucher rectal et au sondage? Ne sait-on pas que pour que le tact s'exerce avec fruit, il faut que le doigt touche et palpe lui-même les surfaces dont il veut prendre connaissance; effleurant à peine le col de la vessie, le doigt devient passif dans cette exploration, et ne peut donner que des sensations bien vagues et d'aucune utilité, puisqu'il s'agit précisément de choses très délicates à percevoir (1).

Chez les malades atteints d'un certain degré d'hypertrophie de la prostate, l'extrémité du doigt ne peut pas même arriver au col de la vessie, sir Henry Thompson le reconnaît lui-même. Ce mode d'exploration échouera donc ici complètement. Pour sauvegarder son procédé, le chirurgien anglais s'empresse d'ajouter, que dans ce cas l'exploration est inutile, puisqu'elle ne s'adresse qu'aux affections de la vessie dont le diagnostic est obscur et qu'il ne sau-

(1) Je me demande aussi, si chez les malades souffrant depuis très longtemps de la vessie, particulièrement de cystalgie et de difficultés très grandes de la miction, la contraction réitérée des muscles du périnée ne détermine pas une hypertrophie de ces plans musculaires, qui divisés par le bistouri formeraient une boutonnière puissamment contractile. J'ai eu occasion de disséquer le périnée d'un jeune sujet, ayant succombé après de longs mois à une cystite extrêmement douloureuse, et j'ai constaté que les bulbo et ischio-caverneux avaient un développement considérable. De plus, pendant la vie de ce malade, la main placée au périnée sentait se durcir d'une façon tout à fait inaccoutumée les muscles sous-jacents.

rait l'être dans ce cas. Évidemment le toucher rectal révèle ici l'hypertrophie de la prostate, mais ce n'est pas cette lésion qu'il s'agit de constater, c'est celle qui détermine la douleur, les hématuries très exceptionnellement explicables par le développement hypertrophique de la prostate. De même que le volume exagéré de cet organe gêne pour le toucher rectal et pour le cathétérisme, il gêne aussi pour le but que l'on veut atteindre par la boutonnière périnéale. En un mot l'hypertrophie de la prostate loin d'éclairer le diagnostic contribue à l'obscurcir. Mais pour dire toute la vérité, j'ajouterai que cette coïncidence d'une très grosse prostate et d'une tumeur vésicale est exceptionnelle.

Whitehead et Pollard sont moins affirmatifs que sir Henry Thompson sur le résultat de l'exploration par la boutonnière périnéale. Selon eux trois conditions s'opposent à sa pratique : 1° l'embonpoint du malade, qui augmente l'épaisseur du périnée ; 2° l'hypertrophie de la prostate, qui élève le col de la vessie ; 3° l'étroitesse considérable de l'orifice du bassin, qui empêche la main de déprimer le périnée (1). Dans l'observation III du mémoire de ces auteurs, il s'agit d'un homme âgé de 63 ans, d'une très forte corpulence, ayant depuis quelque temps de profuses hémorrhagies ; la boutonnière périnéale fut pratiquée, mais malgré la résolution musculaire obtenue par une profonde anesthésie, malgré la vacuité de la vessie, malgré une vigoureuse pression exercée au-dessus du pubis, le doigt put tout juste effleurer le col vésical et conséquemment l'exploration fut très incomplète, ce qui n'empêcha pas le chirurgien d'introduire à travers le canal périnéo-uréthral la curette utérine de Sims et d'amener une masse assez nota-

(1) Whitehead and Pollard. The Surgical treatment of tumors and other obscure conditions of the bladder, in the Lancet, 6, 13 et 20 octobre 1883.

ble de substance néoplasique. Je reviendrai sur ce grattage à l'aveuglette. F. Heath rapporte aussi l'observation d'un malade de 73 ans, chez lequel il fit l'uréthrotomie périnéale médiane pour reconnaître la cause d'hématuries abondantes durant depuis six semaines; la prostate étant hypertrophiée et malgré l'anesthésie et la pression hypogastrique, trois chirurgiens, ayant successivement introduit leur index dans toute sa longueur à travers le canal, déclarèrent que l'exploration de la vessie était absolument impossible.

J'ai voulu montrer les difficultés et même les impossibilités, que les partisans de l'exploration digitale de la vessie par la boutonnière périnéale ont eux-mêmes rencontrées, afin que l'on ne m'objecte pas de condamner de parti pris ce mode d'exploration, que les données si précises des auteurs, qui ont étudié les conditions des divers procédés de taille périnéale, devaient, *à priori*, faire rejeter comme impraticable dans un très grand nombre de cas. En effet la distance, qui sépare la face cutanée du périnée du col de la vessie, varie dans des limites telles que, dans un très grand nombre de cas, il est impossible d'arriver, non seulement dans la cavité du réservoir, mais encore à son col.

Dupuytren (1) sur 28 sujets a trouvé que la distance de la surface du périnée au col de la vessie variait d'un pouce et quelques lignes à quatre pouces; ce qui donne pour épaisseur moyenne du périnée deux pouces et un quart.

Le professeur Richet (2) fait justement remarquer que ces différences d'épaisseur tiennent à l'embonpoint et à la vigueur des sujets pendant la période moyenne de la vie, conditions auxquelles, au moment de la vieillesse, vient s'ajouter le développement de la prostate. De telle sorte

(1) Dupuytren. Th. de concours, 1812, p. 7.

(2) Richet. Anat. médico-chirurgicale, p. 487, 4e édition.

qu'avant de se décider à pratiquer la boutonnière exploratrice, je crois qu'il importe de chercher à induire des différentes considérations de taille, de corpulence, d'âge, la plus ou moins grande épaisseur de tissu qu'on aura à traverser.

J'ai sur plusieurs cadavres pratiqué expérimentalement la boutonnière périnéale. Sur les sujets jeunes et maigres l'exploration de la vessie est possible dans ses moindres détails ; l'index se recourbant en crochet embrasse la symphyse pubienne et sent très distinctement à travers les tuniques de la vessie son relief, tandis qu'une pression modérée sur l'hypogastre amène les parties les plus élevées au contact avec la pulpe du doigt. Nul doute dans ces cas que l'exploration ne se fasse dans de très bonnes conditions. Il n'en est pas ainsi chez les sujets un peu gras, bien que le doigt pénètre dans le réservoir, il ne peut se retourner dans son intérieur, et il ne donne que des sensations vagues ; en vain, on chercherait à gagner un peu de terrain par la pression sur le périnée, car alors les efforts faits dans ce but émousseraient tout à fait la sensibilité de l'index explorateur. Enfin chez les sujets âgés et vigoureux, l'extrémité du doigt n'arrive même pas dans la vessie. Je n'ai pas déterminé de déchirure de la prostate où du col dans mes explorations, mais faut-il conclure de la résistance des tissus cadavériques à la résistance des tissus vivants ?

Je n'hésite pas à considérer la boutonnière périnéale comme un pauvre moyen d'exploration vésicale et je propose l'incision hypogastrique. Comment, me dira-t-on, oser substituer à une simple petite incision de l'urèthre, une des opérations réputées pendant trois siècles comme une des plus meurtrières de la chirurgie ? Et pourquoi faire une opération aussi grave. Pour explorer la cavité

de la vessie? Je prévois ces exclamations des chirurgiens français, à bon droit plus soucieux des intérêts des malades confiés à leurs soins que du désir de faire ces opérations brillantes, qui frappent de stupeur l'imagination la plus hardie. A tous ceux qu'effraye *à priori* l'incision hypogastrique pratiquée dans ce but, je répondrai deux choses : d'abord que la taille dont Franco s'empressait de dire, après en avoir cependant obtenu un brillant résultat, « *combien je ne conseille à homme d'ainsi faire,* » est devenue grâce aux perfectionnements modernes une opération relativement bénigne ; en second lieu, qu'elle n'est pas tant faite pour éclairer un diagnostic épineux que pour remédier à des accidents qui mettent la vie du malade en danger. Je n'accepte, en effet, comme je l'ai déjà déclaré maintes fois, l'ouverture de la vessie que lorsque les symptômes sont pressants et lorsque le malade doit en retirer un bénéfice temporaire ou définitif. Or, l'incision du réservoir urinaire est plus propre que la simple dilatation de son col à faire cesser les douleurs et les hématuries, ainsi que nous le prouverons, mais surtout pour le point capital, que j'étudie en ce moment, à savoir l'exploration de la vessie, elle est la seule voie qui permette au doigt et même à la vue, quoique à un degré bien moindre, de fouiller dans toutes les anfractuosités de la vessie. J'ajouterai que c'est la voie par excellence de l'extraction, et je n'aurai pas de peine à le démontrer en temps et lieu.

Comme je l'ai fait à propos de la boutonnière périnéale, lorsque j'ai rapporté textuellement la pratique de sir Henry Thompson, je devrais peut-être de suite décrire en détails le manuel opératoire suivi par M. le professeur Guyon dans l'incision hypogastrique. Je préfère réserver cette description, afin de ne pas scinder l'exposé de la pratique de ce chirurgien, qui n'admet comme légitime que l'incision thérapeutique.

SECTION IIe.

Opérations d'extirpation.

Je suppose démontrée l'existence d'un néoplasme vésical soit à l'aide de l'exploration par les manœuvres externes (palper hypogastrique, toucher rectal, cathétérisme), soit au moyen de l'exploration digitale de la vessie, je suppose de plus que l'opération soit indiquée par la nature, le siège, la forme, l'étendue de la tumeur ; quel sera le meilleur moyen d'exérèse ? Il est facile de comprendre qu'aucune règle ne puisse être formulée à cet égard.

Une tumeur franchement polypiforme, rattachée par un pédicule mince à la face interne de la vessie, ne sera pas justiciable des mêmes moyens qu'une masse adhérente par une large base, et parmi ces masses néoplasiques sessiles, celles dont le tissu est friable, cérébroïde, variété la plus commune, ne réclameront pas les mêmes procédés d'ablation que celles qui sont constituées par un tissu ferme, élastique et résistant, tel était le myôme enlevé par Bilbroth, dont Gussenbauer nous a donné la relation.

Le siège de la tumeur commandera aussi tel ou tel mode d'exérèse. Il suffit de parcourir nos tableaux pour voir que tous les procédés connus d'exérèse ont été mis en œuvre : depuis la simple section avec les ciseaux, jusqu'à la résection des parois de la vessie.

Enfin, le sexe impose forcément des procédés spéciaux qui ont trait, il est vrai, plus à l'opération préliminaire qu'à l'opération définitive. Déjà, à propos de l'explo-

ration digitale de la vessie, j'ai longuement étudié quel était le plus court et le plus sûr chemin de pénétrer dans le réservoir urinaire dans l'un et l'autre sexe. Je serai contraint d'y revenir, l'opération qui a pour but la destruction du néoplasme s'effaçant ici, pour ainsi dire, devant l'opération qui permet d'arriver sur le produit morbide.

J'examinerai successivement les opérations pratiquées chez la femme et chez l'homme.

A. *Opérations d'extirpation pratiquées chez la femme.*

Le tableau suivant résume les opérations préliminaires et fondamentales pratiquées chez la femme dans les 37 faits que j'ai réunis :

A. *Pas d'opération préliminaire sur le canal de l'urèthre*, la tumeur, le dilatant suffisamment, a été enlevée par :	Ligature seule............	3 fois.
	Ligature et torsion.........	1 —
	Ligature et section aux ciseaux..................	1 —
	Arrachement par traction...	1 —
	Ecraseur et grattage avec le doigt...................	1 —

Diverses opérations préliminaires.

B. Dilatation de l'urèthre soit avec le doigt, soit avec divers instruments,	Arrachement avec des pinces.	5 fois.
	Excision et grattage à la curette..................	8 —
	Ecraseur..................	2 —
	Section aux ciseaux........	1 —
	Ligature..................	1 —
	Torsion..................	1 —
Incision de l'urèthre et	Ligature..................	1 fois.
	Ecraseur..................	1 —
Ouverture de la vessie? et arrachement avec la pince.		1 —
Taille uréthro-vaginale et section aux ciseaux		2 —

Deux ou plusieurs interventions ont été nécessaires :

C. Dilatation de l'urèthre dans tous ces cas.	Une première fois arrachement avec les doigts, ensuite torsion............	1 fois.
	D'abord arrachement puis grattage................	1 —
	D'abord écraseur puis grat-	1 —
	tage....................	1 —
	Ligature d'abord, grattage ensuite..................	1 —
	D'abord grattage puis taille vésico-vaginale...........	1 —
Dans deux cas, l'opérateur s'est servi de l'écraseur, sans indiquer si la dilatation de l'urèthre a été faite.		2 —

Sur ces 37 opérations de tumeurs de la vessie pratiquées chez la femme, on voit que 33 fois les voies naturelles, c'est-à-dire le canal de l'urèthre, ont offert un chemin suffisant pour mener à bonne fin l'acte chirurgical; 7 fois même le canal, préparé par le néoplasme qui le distendait, n'a dû subir aucune opération préalable : dans les autres cas il a suffi le plus souvent de le dilater avec le doigt ou avec divers instruments, rarement on a été dans la nécessité de l'inciser; 4 fois seulement la taille uréthro ou vésico-vaginale dut être pratiquée.

Ces chiffres montrent la faveur dont jouit l'opération par les voies naturelles, qui, chez les femmes, restera dans la très grande majorité des cas l'opération de choix. Sur ces 33 opérations, il y eut 9 morts, mortalité énorme pourrait-on croire, si je ne m'empressais d'ajouter les causes de l'issue fatale dans ces 9 faits : on voit, en effet, que 4 fois l'opération a été pratiquée chez de tous jeunes enfants âgées de 19 mois, cas de Balleray de Paterson; 22 mois, cas de Guersant; 34 mois, cas de Pleininger; 5 ans, cas de Birkett.

Chacun sait le peu de résistance des jeunes enfants aux

moindres opérations, et la petite fille de 5 ans opérée par Birkett, âge où déjà les interventions chirurgicales deviennent moins meurtrières, était atteinte de pyélo-néphrite du rein droit.

Dans les 4 autres cas mortels, la mort survint un an après l'opération par suite de la persistance des hématuries et des douleurs chez la malade de Marie Heime Vœgelin; elle arriva quelques jours seulement après l'opération d'épuisement progressif (*from general exhaustion*) chez la malade de Christopher Heath, déjà très affaiblie au moment de l'opération ; chez la patiente de sir Henry Thompson, âgée de 69 ans, le décès attribué à l'anurie post opératoire s'explique fort bien par l'existence d'un calcul dans le rein gauche et d'une double pyélite ; en somme, il ne reste d'imputable à l'acte opératoire lui-même que la mort des malades de Senftleben et de Bazy qui succombèrent, la première à de la péritonite, la seconde à de la cellulite pelvienne. A l'autopsie de la malade de Senftleben on trouva une large perforation en ouvrant la cavité de la séreuse. Mais je dois faire remarquer qu'il s'agissait ici d'une tumeur sarcomateuse, implantée par une large base sur la paroi postérieure et supérieure de la vessie, qui, sortant en partie à travers l'urèthre, donna sans doute le change au chirurgien pour une tumeur polypeuse; un diagnostic plus exact du siège et de l'étendue du pédicule aurait peut-être fait éviter l'accident opératoire.

Faisons abstraction des 7 premiers décès, qui s'expliquent par des conditions tout à fait étrangères à l'acte opératoire : 2 morts sur 23 opérations, c'est-à-dire une mortalité approximative de 10 0/0, voilà le bilan des opérations entreprises par les voies naturelles chez la femme, pour remédier à une affection qui, en dehors des chances d'infection et de généralisation et surtout d'épuisement

dont nous avons établi ailleurs la balance, fait courir aux malades les dangers et les inconvénients d'hémorrhagies redoutables et de douleurs, qui ne leur laissent parfois aucun moment de repos. N'est-ce pas là un résultat encourageant pour la chirurgie?

Moins beaux sont les résultats des opérations dans lesquelles on a dû ouvrir la vessie par un procédé quelconque. Sur 4 cas, on trouve 2 succès et 2 revers, soit une mortalité de 50 0/0. Mais il faut dire qu'une de ces morts appartient à Lecat et remonte à près d'un siècle, époque à laquelle non seulement la chirurgie était privée des méthodes antiseptiques, mais encore ne possédait pas l'appareil instrumental perfectionné de nos jours. Du reste, Hewship, qui rapporte l'observation de Lecat, ne dit pas quel procédé employa le chirurgien français. L'autre cas mortel appartient à A. T. Norton, qui fit chez une femme de 30 ans une taille uréthro-vaginale pour une tumeur de consistance très ferme, située sur le trigone et ne pouvant être enlevée par l'urèthre dilaté. La malade pouvait être considérée comme guérie de son opération, lorsqu'elle mourut subitement de syncope le deuxième jour. Quelque temps après, le même chirurgien anglais eut l'occasion d'enlever avec succès, par la même taille uréthro-vaginale, un papillome situé sur la paroi antérieure. Enfin, Simon opéra par la taille uréthro-vaginale une femme de 44 ans, dont il avait déjà gratté la surface interne de la vessie pour des tumeurs papillaires nombreuses.

On le voit, les tailles uréthro ou vésico-vaginales ont été employées pour des cas exceptionnellement difficiles, dont les indications sont aisément déterminées par les nombreux moyens d'exploration de la vessie chez la femme.

Tels sont les résultats des diverses opérations des

néoplasmes vésicaux pratiqués jusqu'ici chez la femme.

Je ne crois pas, après cela, qu'il soit nécessaire de comparer entre eux les divers moyens employés pour enlever la tumeur. Comme je l'ai dit un peu plus haut, ils varient avec l'étendue, le siège du point d'implantation du néoplasme, avec sa nature, ou mieux ses caractères de friabilité ou de fermeté ; je puis maintenant ajouter avec les habitudes du chirurgien maniant de préférence tel ou tel instrument. C'est l'excision et le grattage à la curette et avec le doigt, fort à la mode aujourd'hui et constituant, comme le disait, avec l'autorité de l'expérience, M. le professeur Trélat (1), dans une récente séance de la Société de chirurgie, un procédé d'exérèse « très régulier, très puissant et très satisfaisant », que l'on a le plus employé. Viennent ensuite l'arrachement simple et l'arrachement combiné avec la torsion, puis la ligature, l'écraseur et même les ciseaux. Ce dernier moyen pourrait effrayer de prime abord, il suffit de se rappeler la constitution peu vasculaire des néoplasmes vésicaux pour exonérer les ciseaux de ce danger ; cet instrument est, d'ailleurs, d'une manœuvre si précise (2), qu'il réclame une place des plus honorables parmi toutes les autres. Pour tout dire cependant, je rappellerai que dans le seul cas d'hémorrhagie secondaire ou récurrente, survenue dans les observations que je rapporte, il s'agissait d'un papillome fibreux pédiculé, du volume d'une balle de Tennis, dont le pédicule fut sectionné avec les ci-

(1) Séance de la Société de chirurgie du 20 février 1824, in Semaine médicale, p. 83, nº 9.

(2) Dans les polypes de l'utérus notre maître M. Guyon se sert de préférence des ciseaux à tous autres instruments, à cause de la précision qu'on peut apporter avec eux au travail qu'on fait dans le fond du vagin.

seaux. Tout alla bien pendant dix jours; à ce moment survint une violente hémorrhagie, que Thorne arrêta au moyen d'injection d'eau étendue de perchlorure de fer. Cette hémorrhagie secondaire, dans ce fait unique, est le seul accident qui soit venu compromettre un instant la marche vers une guérison, qui dans tous les autres cas s'est faite sans encombre.

Connaissant les divers procédés opératoires employés jusqu'ici dans les tumeurs vésicales, il est facile de se représenter ce qu'est une de ces opérations. Qu'on me permette cependant d'en résumer les principaux traits, d'après les descriptions détaillées des auteurs.

Dans tous les cas la malade doit être endormie. L'anesthésie aide beaucoup à la précision et à la perfection des manœuvres. Si la tumeur pédiculée fait saillie à travers l'urèthre en le dilatant, il suffit de l'attirer au dehors avec des pinces érignes de façon à bien découvrir le pédicule, sur lequel on appliquera soit une chaîne d'écraseur, soit un serre-nœud, ou plus simplement encore qu'on retranchera à l'aide d'un bistouri ou d'un coup de ciseau. Que si l'ont craint les hémorrhagies, que nous savons si rares, on pourra faire la ligature du pédicule avec un fil élastique ou fil de soie, ou une anse métallique, et attendre que la mortification des parties enserrées sépare le néoplasme. Inutile de dire que des lavages antiseptiques doivent précéder, accompagner et suivre toutes ces manœuvres, surtout dans le dernier mode de procéder. Enfin, il faudra toujours avoir soin de bien vérifier l'intérieur de la cavité vésicale par le toucher digital, en mettant à profit la dilatation de l'urèthre par la tumeur. On sait, en effet, combien fréquemment sont multiples ces sortes de néoplasmes vésicaux.

Le néoplasme est-il situé dans l'intérieur de la vessie,

on dilate l'urèthre à l'aide d'un des procédés que j'ai signalés plus haut, et avec un ou deux doigts introduits dans la vessie, en s'aidant ou en se faisant aider d'ailleurs de la pression sur l'hypogastre ou du toucher vaginal, on reconnaît les caractères de la tumeur ainsi que son siège. Si elle est constituée par des masses molles et friables, la curette tranchante de Volkmann montée sur tige, conformée sur des types variables, pourra arriver à débarrasser complètement la paroi du produit morbide. Le doigt introduit alternativement avec la curette guidera les progrès de ce grattage méthodique. Dans un cas de Simon, ce chirurgien en deux séances débarrassa la vessie d'une femme de 40 ans d'une tumeur papillomateuse sessile, qui occupait les deux tiers de l'organe. On peut pendant l'opération pousser de fréquentes injections d'une solution antiseptique d'acide borique à 4 0/0 préférablement à toute autre, afin de débarrasser la vessie des produits du grattage et des caillots sanguins qui l'encombrent. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, cette opération est peu sanglante et presque jamais on a été obligé d'avoir recours à quelque moyen hémostatique que ce soit : des lavages de solution antiseptique froide ont toujours suffi à l'hémostase. Si le néoplasme reconnu est de consistance ferme et inattaquable par le grattage, mais cependant pédiculé et mobile dans la cavité vésicale, on pourra, à l'exemple de Warner qui, en 1750, extraya heureusement de la vessie d'une jeune femme de 23 ans une énorme tumeur du volume d'un œuf de dinde, et plus récemment de Thorne, passer un fil dans le corps de la tumeur et l'attirer au dehors à travers l'urèthre incisé et dilaté. Le pédicule découvert sera alors lié, écrasé ou sectionné avec des ciseaux.

Enfin, si l'on juge que le néoplasme ne puisse pas être extrait par les voies naturelles, et que l'on se décide à faire

la cystotomie par le vagin (1), Simon et Norton nous offrent l'un et l'autre des exemples de pareille opération. Simon fait une incision en T, dont la branche verticale suit le milieu de la cloison vésico-vaginale et s'arrête à quelque distance du col, la branche transversale passant par l'extrémité profonde de la première et s'étendant de 3 centimètres de chaque côté. Grâce à ces incisions, en exerçant quelque traction dans la direction du vagin au moyen de crochets fixés dans la muqueuse de la vessie, et mieux, ajouterai-je, dans le néoplasme lui-même si possible, en s'aidant, d'autre part, de la pression hypogastrique, on détermine une véritable inversion du réservoir urinaire, de telle sorte que sa face interne est aussi accessible que les parties extérieures du corps. On peut dès lors enlever à loisir tous les reliefs néoplasiques avec les instruments les mieux appropriés : ciseaux, bistouri, serre-nœud, écraseur et même thermo ou galvanocautère. La fistule vésico-vaginale est plus tard traitée par les méthodes ordinaires.

Norton fit 2 fois la taille uréthro-vaginale de la façon suivante : il introduisit une lame de ciseau dans la vessie et l'autre dans le vagin et incisa en les fermant l'urèthre sur sa paroi inférieure ; l'incision fut continuée sur la paroi antérieure du vagin jusqu'à 1/2 pouce de l'utérus. La tumeur put alors être attirée entre les lèvres de la plaie et excisée avec des ciseaux. Le sang fut arrêté par des cautérisations au fer rouge, et les lèvres de l'ouverture uréthro-vaginale rapprochées par des sutures. Une de ses opérées mourut le douzième jour, l'autre survécut. Fait digne d'être noté, chez cette dernière la suture de la boutonnière uréthrovésico-vaginale ne fut faite que secondairement un mois après l'opération principale.

(1) Je discuterai plus loin la possibilité et la valeur de la cystotomie sus-pubienne chez la femme.

Telles sont, avec leurs résultats, les opérations pratiquées chez la femme pour les néoplasmes de la vessie.

Je n'ai pas à dessein parlé des tumeurs diffuses, infiltrant les parois de l'organe, j'envisagerai ses formes très graves dans un dernier paragraphe, et simultanément dans les deux sexes, l'intervention, si elle est justifiée, différant peu chez l'homme et chez la femme.

Étant donnée la facilité de l'extraction des tumeurs intra-vésicales par les voies naturelles simplement dilatées ou agrandies par diverses incisions, il semble que la taille hypogastrique chez la femme perde tous ses droits. Nous ne le croyons pas. Sans doute lorsqu'un polype s'offrira de lui-même au chirurgien à travers l'urèthre dilaté, lorsqu'un néoplasme bien circonscrit pourra être sans difficulté complètement extirpé par les voies naturelles, la question de l'incision hypogastrique ne devra pas même être soulevée un seul instant ; mais il est des cas dans lesquels tout l'intérieur de la vessie donne attache à des tumeurs pédiculées ou sessiles, contre lesquelles les manœuvres du grattage et du curage à travers l'urèthre seraient bien aveugles et bien incomplètes, quelquefois même dangereuses. Tel est, par exemple, le cas de Senftleben déjà cité, où la vessie fut perforée pendant les tentatives d'extirpation. En eût-il été de même, si la vessie ouverte par l'hypogastre avait mis la lésion sous les yeux et le doigt de l'opérateur ? Le grand avantage de l'incision hypogastrique, c'est de donner un large accès dans la vessie et de permettre de bien suivre toutes les phases de l'opération, dirigée en vue de l'éradication d'une tumeur et d'y appliquer tous les procédés d'exérèse ; elle trouvera donc, je crois, son indication dans un nombre restreint de circonstances, mais dans lesquelles seule elle

pourra rendre, il est vrai, de très réels services. Son emploi sera encore plus fréquent, si on se rappelle qu'outre le but poursuivi de l'extirpation d'un néoplasme, elle assure mieux que la dilatation du col le repos de la vessie, en transformant le réservoir contractile en un simple conduit.

Une objection ne manquera pas d'être faite à cette proposition, que j'émets, je tiens encore à le répéter, avec la plus grande restriction, d'ouvrir chez la femme la vessie par l'hypogastre : c'est la difficulté de pratiquer l'incision vésico-hypogastrique dans le sexe féminin. Sans insister sur la pratique du haut appareil chez la femme, je dirai que si on n'a pas chez elle la possibilité de fixer la vessie ni par le ballonnement du rectum, ni par celui du vagin où le ballon se déplisse mal et a toujours de la tendance à s'échapper, on peut du moins distendre la vessie par une injection, qui sera maintenue dans son intérieur en appliquant l'urèthre contre le pubis au moyen du doigt d'un aide. D'ailleurs, dans ces dernières années la taille hypogastrique a été faite un certain nombre de fois pour l'extraction des calculs chez la femme, et elle n'a pas donné de plus mauvais résultats que chez l'homme. Garcin (1) en a relevé cinq cas, pratiqués trois fois chez des enfants au-dessous de 10 ans et deux fois chez des jeunes filles âgées de moins de 18 ans ; il n'y a eu qu'une mort par pyélo-néphrite et urémie. Rappelons que toutes les petites filles au-dessous de 10 ans, opérées de néoplasme par les voies naturelles, ont succombé ; rappelons que toutes avaient des tumeurs multiples ou volumineuses, et demandons-nous si, peut-être, l'incision par l'hypogastre ne leur eût pas offert quelque chance de succès. Cette question

(1) Contribution clinique à l'étude de la cystotomie sus-pubienne, avec statistiques comprenant les années 1879-1883. Th. de Strasbourg, 1884.

s'impose à la méditation des opérateurs, et appelle une expérimentation que justifie la gravité à la fois des tumeurs intra-vésicales chez les petites filles et des opérations dirigées jusqu'ici contre elles.

B. *Opérations d'extirpation pratiquées chez l'homme.* — J'ai suffisamment démontré, il me semble, au commencement de ce chapitre, la supériorité de l'incision hypogastrique sur toutes les incisions périnéales pour l'exploration de la vessie, s'il était besoin d'une exploration dans les cas de diagnostic difficile. Cette supériorité s'accuse encore bien davantage, lorsqu'il s'agit non plus de reconnaître les divers caractères d'un néoplasme vésical, mais d'en faire l'exérèse.

Qu'on me laisse d'abord rappeler, ainsi que je l'ai fait pour les opérations pratiquées chez la femme, les résultats de l'intervention chirurgicale dans les cas de tumeurs vésicales chez l'homme. J'ai recueilli trente-cinq faits en y comprenant les cinq cas inédits, opérés par mon maître M. Guyon. Dans ces trente-cinq faits, je trouve :

19 *Cystotomies.*

Périnéale (les auteurs n'indiquent pas le procédé suivi	4 fois.
Périnéale médiane	2 —
Périnéale latérale	4 —
Périnéale de Nélaton	1 —
Périnéale latérale, puis sus-pubienne	2 —
Sus-pubienne	6 —

16 *Boutonnières.*

Périnéale	16 fois.

On voit que la boutonnière périnéale, récemment préconisée par sir Henry Thompson, a été presque aussi

souvent employée que la cystotomie proprement dite.

La mortalité générale, sans distinction du procédé opératoire, a été de 17 sur 35 opérés, soit approximativement 49 p. 100; chiffre beaucoup plus considérable que chez la femme. Mais cette mortalité incombe bien plutôt aux conditions particulièrement graves dans lesquelles a été entreprise l'intervention chirurgicale qu'à cette intervention elle-même.

En effet, sur les 17 morts, je trouve que 5 fois l'issue fatale survint dans les quelques jours qui suivirent l'opération, par affaiblissement graduel des malades. Dans les 10 autres cas, cinq fois encore l'opération doit être exempte du reproche d'avoir déterminé la mort, car celle-ci s'explique 2 fois par l'urémie, que la pyélonéphrite trouvée à l'autopsie rendait imminente, et dans les autres faits par la récidive et la généralisation (tumeur secondaire de la cuisse, cas de Thompson), et par le progrès très lent de la cachexie cancéreuse, six mois après l'opération (cas de Bazy). Le petit malade de Crosse, qui mourut quarante-quatre heures après l'opération, doit encore être distrait du nombre des accidents post opératoires; son âge, 2 ans, rendant singulièrement grave toute intervention. En somme, il reste trois cas dans lesquels la mort doit être mise sur le compte de l'acte opératoire. Voyons donc par quel accident elle a été déterminée et en même temps quelle opération doit en être accusée.

Le malade de Wolkmann succomba à la péritonite et à la double cellulite pelvienne le troisième jour après avoir subi une double incision périnéale et hypogastrique.

Le malade de Mercacci mourut d'infiltration d'urine, deux mois après avoir été opéré par l'incision hypogastrique et la suture de la vessie.

Le malade de Thompson mourut de perforation de la

vessie peu de jours après avoir subi la boutonnière périnéale.

L'incision hypogastrique et la boutonnière périnéale, les deux opérations rivales, endossent à leur passif ces trois cas mortels; ce qui ne surprendra pas, si l'on réfléchit qu'elles ont été plus souvent pratiquées que les autres et, surtout, que la première a été réservée à des cas de tumeurs extrêmement volumineuses.

Bien que les différentes cystotomies périnéales n'aient pas donné de résultats défavorables, lorsqu'elles ont été employées pour l'excision des tumeurs de la vessie, je ne saurais cependant les conseiller: que l'on fasse la taille périnéale pour l'extraction d'un calcul ou pour l'exérèse d'un néoplasme, on n'en expose pas moins les malades à tous les accidents d'une des opérations les plus graves de la chirurgie, accidents nombreux, trop connus pour qu'il me soit nécessaire d'insister.

Aujourd'hui que l'on sait éviter la blessure du cul-de-sac du péritoine et prévenir l'infiltration d'urine, ces deux dangers qui depuis trois siècles ont empêché la taille sus-pubienne de prendre rang parmi les opérations courantes, on ne saurait comparer entre elles les opérations de cystotomie par la voie périnéale et la voie hypogastrique. La première intéresse des tissus complexes, expose à la blessure d'artères et de veines importantes, ouvre la porte à des complications redoutables, la septicémie et la pyohémie; la seconde va droit à la vessie par une incision, qui traverse des parties simples, presque sans vaisseaux, formant un canal régulier, court, bien disposé pour la cicatrisation vers laquelle la conduira, avantage immense, *l'application régulière et facile d'un pansement antiseptique*. Quelle différence d'ailleurs, nous l'avons déjà fait entrevoir, entre la facilité de l'opération que nous poursuivons, c'est-à-dire le curage de la vessie par la voie de l'hypogastre et la dif-

ficulté de la même opération par la voie du périnée! La boutonnière périnéale, si vivement recommandée par sir Henry Thompson, échappe en partie, je le reconnais, aux reproches adressés aux tailles périnéales : on n'incise ici que les parties superficielles du périnée allant droit à l'urèthre par le plus court chemin et sans risque de blesser quelque organe important, la dilatation de l'urèthre et du col de la vessie conduit après cela à la vessie. Mais si le canal ainsi formé n'est pas creusé en plein tissu, il ne cesse pas néanmoins que d'être long et étroit et d'offrir une voie bien peu apte à permettre la manœuvre des instruments, si perfectionnés qu'ils soient. Écoutons en effet ce que dit Thompson lui-même, dans la leçon d'University College, dont nous avons déjà cité un passage relatif à l'exploration de la vessie :

« ... L'opérateur introduira une pince forceps spéciale, « dont les bords larges et rugueux saisiront, sans la cou- « per, la plus grande portion saillante de la tumeur de fa- « çon à l'attirer au dehors. Celle dont je me sers ordinai- « rement a ses deux branches terminées par un mors « mesurant un pouce de long et un sixième de pouce de « large: elle est construite de façon à pratiquer l'arrache- « ment du néoplasme avec le moins de chance possible de « produire une hémorrhagie. Avec cet instrument on peut « enlever la plus grande partie de presque toutes les tu- « meurs. Mais j'ai eu affaire dans un cas à une petite tu- « meur du col de la vessie, et bien qu'avec cette pince « j'amenasse au dehors les parties saillantes du néoplasme, « je ne pus saisir sa base implantée sur le col. Pour ces « cas j'ai fait construire une pince spéciale....

« ... Depuis j'ai eu l'occasion d'enlever dans trois autres « cas de larges tumeurs chez l'homme, implantées sur le « côté gauche de la vessie, non loin du col. Je les enlevai

« en me servant de pinces coudées, les autres étant inap-
« plicables. Peut-être y-a-t-il des cas où l'emploi de
« l'écraseur serait préférable à l'emploi des pinces; cela
« me paraît cependant douteux. En effet, pour ajuster la
« chaîne il faut plus d'espace que ne peuvent en fournir
« les incisions décrites. Or, il est préférable autant que
« cela est possible de ne pas leur faire dépasser les étroites
« limites que je leur ai assignées et qui m'ont été suffi-
« santes pour enlever avec mes pinces de très grosses tu-
« meurs. Le forceps et le doigt doivent être employés alter-
« nativement, l'un pour reconnaître ce que doit enlever
« l'autre; je n'ai jamais été dans la nécessité de faire une
« incision qui permît l'introduction simultanée du doigt
« et des pinces. Mais l'écraseur exigeant l'accompagnement
« du doigt et conséquemment plus d'espace pour les ma-
« nœuvres combinées, je lui objecte précisément de récla-
« mer de plus grandes incisions. Chez la femme l'emploi
« de l'écraseur serait plus aisé parce qu'on obtient plus de
« place sans pratiquer d'incision.

« Après l'ablation des parties principales de la tumeur
« on lavera tout l'intérieur de la vessie avec un courant
« d'eau froide au moyen d'une seringue et d'un tube intro-
« duit dans le canal périnéal; puis on introduira une grosse
« sonde vulcanisée qui pénétrera d'un demi-pouce dans la
« vessie et sera fixée dans cette position par un bandage
« approprié. L'autre extrémité qui dépassera de 5 ou
« 6 pouces, plongera dans un réservoir destiné à recevoir
« le contenu de la vessie. On observe ordinairement une
« hémorrhagie qui dure 24 à 48 heures et cesse peu à peu ;
« la douleur n'est jamais bien grande et on peut la calmer
« par une injection de morphine. La sonde sera laissée en
« place 5 à 6 jours, puis enlevée ; la plaie se cicatrise rapi-
« dement et toute l'urine passe bientôt par l'urèthre. »

Simple en apparence l'opération proposée par sir Henry Thompson est en réalité très compliquée, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'exposé précédent du manuel opératoire. Elle exige l'emploi d'un appareil instrumental spécial et une très grande habitude dans le maniement des instruments à travers un long et étroit canal. On peut, en effet, formuler contre elle les reproches suivants : 1° étroitesse de la plaie ne permettant pas la manœuvre simultanée du doigt explorateur et de l'instrument extracteur; 2° nécessité de pinces à mors particuliers et à courbure spéciale; 3° impossibilité d'enlever certaines tumeurs volumineuses et ne se laissant pas morceler (tel est le cas du myôme de Wolkmann, qui réclama l'incision hypogastrique); 4° même difficulté pour certaines tumeurs villeuses, flottantes et échappant à la prise de l'instrument fermé à l'aveugle dans la vessie.

Thompson, du reste, reconnaît lui-même la difficulté de sa méthode opératoire et en signale quelques dangers : par exemple les graves lésions du col de la vessie si on se laissait aller à introduire simultanément dans le réservoir le doigt et la pince, ou la déchirure et la perforation de la vessie, si on exerçait des tractions trop fortes sur la tumeur ou si on avait saisi par erreur la paroi vésicale elle-même. Pour prévenir ce dernier accident le chirurgien anglais recommande une manœuvre qui me semble bien difficile et surtout bien infidèle : il conseille de soutenir la paroi de la vessie près du point d'implantation de la tumeur avec une sonde à boule, de façon que les mors de la pince ne saisissent que le néoplasme; mais malgré ces précautions la perforation de la vessie ne put être évitée dans une des observations qu'il rapporte (obs. III du Mémoire déjà cité (1), obs. 15

(1) Died few days after operation : no autopsy; probably some giving way of bladder at base of tumour.

de nos tableaux). M. Berkeley Hill insiste aussi sur le danger imminent de la déchirure de la vessie et la très grande difficulté d'enlever la tumeur dans sa totalité, à travers le très petit espace offert par la boutonnière périnéale ; dans deux cas il a dû se contenter d'une opération partielle.

On le voit, la boutonnière périnéale n'est ni une méthode sûre, ni une méthode que l'on puisse généraliser au traitement des néoplasmes de la vessie, si variables par leur point d'implantation, leur forme, leur nature, etc.

Pratiquer cette boutonnière pour l'exploration de la vessie dans les cas difficiles, ne sera-ce pas souvent s'exposer à faire une opération, qui ne sera d'aucune utilité pour le traitement curatif de l'affection ? Or, je l'ai déjà dit, ces incisions purement exploratrices ne sont pas admises en France. Par contre, il ne répugne pas aux chirurgiens de notre pays de tenter de très graves opérations, lorsque le malade doit en retirer sinon un bénéfice définitif, du moins une sédation des symptômes et une amélioration temporaire. Citons, comme exemple d'une de ces opérations les plus légitimes, l'anus contre nature dans les dégénérescences cancéreuses du rectum, qui patronné en France par M. le professeur Trélat, a désormais pris un rang honorable dans les méthodes de traitement palliatif de cette redoutable affection.

J'ai montré en m'appuyant sur les données de l'observation clinique, ce qu'on est en droit d'attendre de l'ouverture de la vessie, siège d'un néoplasme, au point de vue palliatif; et j'ai conclu dans mon chapitre des indications et des contre-indications que les résultats en sont très encourageants, à tel point que faite dans le seul but d'arrêter les hémorrhagies et de calmer la douleur, cette section s'impose pour ainsi dire. Toute hésitation doit donc cesser en

présence de ces raisons nombreuses, et c'est avec l'assurance qu'il rendra quelque service à son malade que le chirurgien pratiquera l'incision sus-pubienne de la vessie, qui, outre les avantages que donne également la boutonnière périnéale, est, je le répète, la seule opération permettant de bien saisir les indications de l'exérèse d'une tumeur donnée et de les remplir complètement.

Ce sont les considérations précédentes, qui déterminèrent M. Bazy et ses conseillers, M. le professeur Guyon et M. Monod, à entreprendre l'excision du néoplasme de son malade par la voie de l'hypogastre; ce sont aussi celles que M. Monod fait prévaloir dans son remarquable rapport sur ce travail. A ce moment il n'avait été pratiqué que trois de ces opérations, et encore deux ne l'avaient été que par nécessité, après insuffisance reconnue de la taille périnéale (cas de Billroth et de Volkmann), seul M. Bazy avait de propos délibéré ouvert d'emblée la vessie par l'hypogastre. Depuis notre maître le professeur Guyon a fait cinq fois l'incision hypogastrique. En ajoutant à ces 6 faits une observertion de Marcacci, qui avait échappée aux recherches de M. Bazy, j'arrive à un total de 7 opérations d'ouverture sus-pubienne de la vessie.

Une seule fois la mort doit être attribuée à l'opération, elle survint chez le malade de Volkmann le troisième jour après l'intervention, par péritonite, sans que la séreuse ait été cependant lésée par l'acte chirurgical. L'opéré de M. Marcacci succomba très tardivement deux mois après l'opération, probablement par la résorption trop rapide des fils de catgut suturant la vessie. Quant aux cinq autres malades, ils se rétablirent complètement de l'opération en elle-même ou ne succombèrent pas de son fait. Ainsi donc l'incision de la vessie par l'hypogastre, faite dans le but d'extirper les néoplasmes, n'est pas plus

meurtrière que la taille hypogastrique proprement dite.

Cela posé, voyons de quelle façon se pratique l'opération de l'incision de la vessie par l'hypogastre, qu'il s'agisse, soit d'explorer cet organe, soit de le débarrasser d'un produit néoplasique implanté sur ses parois. Dans l'un et l'autre cas elle ne diffère pas, et elle est au fond dans tous les temps ce qu'est la taille hypogastrique proprement dite, dont le manuel opératoire a été définitivement fixé par MM. Guyon, Périer et Monod. Toutefois je signalerai quelques modifications, qui rendent l'exploration de la vessie plus aisée et l'excision de la tumeur plus sûre et plus complète.

Je passe sur les préparatifs opératoires : introduction et dilatation du ballon de Petersen ; lavage et injection de la vessie à la solution d'acide borique 4 0/0.

M. Bazy, dans son travail, se demande si la compression du ballon rectal gênant la circulation en retour ne pourrait pas favoriser les hémorrhagies, et il ajoute tout aussitôt qu'il ne le croit pas et que cet inconvénient ne s'est pas manifesté dans son opération. Dans les cinq opérations auxquelles j'ai assisté, la perte de sang a été aussi minime que possible.

Dans les cas de néoplasme étendu on pourrait peut-être craindre la rupture du réservoir par l'injection. C'est là un accident qui n'a pas encore été signalé, mais contre lequel on se mettra toujours en garde en ne poussant que très lentement le liquide dans la vessie, en obéissant à la moindre résistance du piston de la seringue. Une circonstance dont il faudra aussi se rappeler, c'est que les grosses tumeurs saillantes dans la vessie diminuent d'autant sa capacité.

Le globe vésical se dessinant à l'hypogastre, les parties

molles sont incisées jusqu'à la vessie suivant la méthode ordinaire. Celle-ci est alors ouverte sur une étendue de 4 à 5 centimètres environ, et de suite le chirurgien s'empresse de passer une anse de fil de soie assez volumineux et rond pour ne pas couper les tissus dans chacune des lèvres de la boutonnière vésicale. Il faut avoir été témoin d'opérations faites les unes sans cette précaution, les autres avec elle, pour apprécier l'avantage de cette anse de fil, qui tendue par des aides a le triple avantage de soulever le bas-fond de la vessie et surtout le col, qui malgré le ballon tendent à se cacher derrière la symphyse du pubis; en second lieu de soutenir les parois latérales, en troisième lieu de protéger les lèvres des tissus prévésicaux en formant une sorte d'entonnoir exclusivement vésical. *Ce détail opératoire* imaginé par M. Guyon lors de sa première opération est *de la plus haute importance.*

Une fois la vessie ouverte et maintenue béante, rien n'est plus facile que d'explorer sa cavité par le toucher et la vue. Si les renseignements ainsi obtenus sont positifs, on procède sans plus tarder à l'excision du néoplasme. Ici, je l'ai déjà dit à propos de l'exérèse des tumeurs de la vessie chez la femme, il n'est pas possible d'établir de règle absolue sur la méthode à suivre : elle variera suivant le volume, la forme, la consistance du néoplasme, et c'est un des précieux avantages de l'incision exploratrice que de permettre l'emploi du moyen le mieux approprié. Tout, depuis le simple grattage avec le doigt et la curette, jusqu'aux manœuvres assez compliquées de la chaîne d'écraseur, peut être mis en œuvre.

Si, d'ailleurs, l'incision médiane et verticale sur la ligne blanche ne suffisait pas à donner accès sur la tumeur, rien n'empêcherait d'agrandir le champ opératoire en incisant transversalement les téguments de l'extrémité inférieure

de la première incision, soit d'un côté, soit des deux côtés à la fois, et en détachant le muscle droit antérieur à ses insertions au pubis; la vessie pourrait également être débridée transversalement. C'est ce que fit Billroth chez son jeune opéré, et également M. Bazy chez son malade. Il ne faut pas perdre de vue que ces incisions transversales exposent à l'ouverture du canal inguinal et à la blessure des organes qui y sont contenus, mais, en ayant soin de ne pas dépasser le bord externe des droits, cet accident sera évité.

Je ne crois pas devoir insister sur la manœuvre des instruments d'exérèse que la sagacité du chirurgien choisira alors à loisir et en connaissance de cause dans son arsenal. Qu'il me suffise de rappeler que contrairement à ce que l'on pourrait croire *à priori*, les néoplasmes vésicaux dans la grande majorité des cas saignent très peu au moment de leur extirpation et que, par conséquent, on pourra s'affranchir de l'emploi des procédés hémostatiques. Cependant dans le cas de Billroth on dut faire la ligature de deux artères qui se trouvaient dans le pédicule du myôme. Je dois aussi ajouter que le plus souvent ces tumeurs constituées par des tissus mous et friables se fragmentent avec la plus grande facilité, de sorte qu'avec la curette de Volkmann, celle de Sims, ou même l'ongle, on peut en obtenir l'éradication complète. Billroth après avoir enlevé la plus grande partie de la tumeur avec ses doigts, fit une ligature en masse sur le reste et excisa au-dessus. M. Bazy se servit du porte-ligature de Péan, plus pour pédiculiser la tumeur que pour la sectionner, car l'instrument en place, une très faible traction suffit pour séparer le néoplasme. Ensuite, il creusa avec l'ongle assez profondément jusqu'à ce qu'il sentît que le ballon rectal n'était plus séparé de son doigt que par une mince couche de tissu. Dans sa dernière opération

M. Guyon a employé avec la plus grande facilité l'anse galvanique, et le résultat parfait, qu'il a obtenu, l'engage à conseiller ce moyen applicable à bien des cas. Je parle bien entendu des néoplasmes non infiltrés; ces derniers, dont j'ai déjà renvoyé l'étude à un chapitre ultérieur lorsque je les ai examinés chez la femme, seront en effet bientôt l'objet de considérations particulières.

Je suppose donc que la vessie ait été complètement débarrassée de toutes les productions végétantes qui l'encombraient, il faut alors la laver largement en injectant plusieurs seringues de la solution d'acide borique par l'incision hypogastrique, jusqu'à ce que l'eau d'abord assez fortement teintée de sang et chargée de détritus résultant du morcellement de la tumeur soit incolore, ce qui arrive ordinairement après la sixième ou septième seringue.

On pourrait ici se poser la question de savoir s'il n'y aurait pas avantage à cautériser la surface d'implantation, soit avec une solution caustique, soit avec le fer rouge; cette pratique n'a pas été mise en usage, à ce que je sache, mais elle ne paraît pas irrationnelle et la large ouverture que donne l'incision hypogastrique a encore à son actif cet avantage de permettre le traitement du pédicule de la tumeur.

Le pansement est celui de la taille hypogastrique dont je me contente de rappeler très succinctement les principaux points. Le ballon rectal est enlevé, tandis que les deux gros tubes accolés l'un à l'autre, préconisés par MM. Périer et Guyon, accompagnent la vessie dans son retrait, de façon que leurs extrémités restent bien au contact de la partie la plus déclive; on les fixe par un fil métallique à la lèvre de l'incision cutanée; on retrécit la boutonnière hypogastrique par un ou deux points de suture à sa partie supérieure, et un vaste pansement de

Lister recouvre le tout. Avant de quitter le malade, il est bon de s'assurer que les tubes fonctionnent et que le liquide, qui en revient, n'est pas trop chargé de sang ; dans toutes les observations, je le répète, il n'y eut jamais d'hémorrhagie secondaire ni prolongée.

Dans la description du manuel opératoire de l'incision hypogastrique, on a dû remarquer qu'à aucun moment donné la question de la suture de la vessie n'a été soulevée. C'est qu'en effet la suture, sur la valeur de laquelle les chirurgiens discutent encore, doit être absolument proscrite après l'incision de la vessie atteinte de néoplasme, outre la difficulté que présente une semblable opération, outre les accidents auxquels son emploi expose après la lithotomie, on comprend aisément quels nouveaux risques s'ajouteraient aux premiers si l'on suturait la vessie débarrassée du produit morbide, qui l'encombrait. Ne serait-ce pas le plus sûr moyen de déterminer des perforations secondaires au niveau des points raclés, curés, amincis par le grattage du néoplasme? La vessie, grâce à cette suture, est en effet ramenée immédiatement au rôle de réservoir contractile et il n'est pas besoin de réfléchir longtemps pour comprendre quelle chance elle a de se crever en se contractant sur son contenu, surtout si comme cela arrive parfois l'organe est fortement irritable. Du reste, il ne faut pas oublier qu'on vient de créer sur la paroi interne de la vessie une surface cruentée destinée à se couvrir de bourgeons charnus et à donner lieu à des produits de suppuration, serait-il donc prudent de renfermer une semblable plaie dans un réservoir aussi disposé aux fermentations que l'est la vessie? C'est en vain qu'on espérerait de l'emploi de la sonde à demeure une élimination suffisante de ces produits, les lavages détersifs eux-mêmes seraient bien illusoires.

L'opération faite, voici comment les choses se passent ordinairement, d'après les observations que je rapporte. Le premier jour les urines sont légèrement teintées de sang et contiennent quelques débris de la tumeur entraînés, surtout lorsqu'on fait le lavage par les tubes ; peu à peu elles deviennent claires, limpides et conservent ces caractères je dirais volontiers jusqu'à l'apparition de la récidive, si des faits plus nombreux me permettaient cette afffrmation. Chez le malade de M. Bazy, il est noté expressément que dès le lendemain de l'opération, l'urine était claire et ne contenait plus de sang et qu'elle demeura telle presque jusqu'à la mort, dans le dernier mois seulement elle renfermait quelques mucosités. Chez le malade de l'observation X que j'ai suivi à cet égard avec beaucoup de soin, à part la coloration noirâtre, indice de la résorption phénique, les urines furent constamment normales et présentèrent même pendant tout le temps de son premier séjour à l'hôpital la réaction acide.

Comme dans la taille hypogastrique, les tubes sont enlevés du sixième au huitième jour et remplacés par une sonde uréthrale à demeure.

Mais ici se pose une question que le clinicien sera appelé à résoudre suivant les cas dans un sens ou dans l'autre.

Quelle direction imprimer à l'incision hypogastrique ainsi débarrassée de ses tubes? Doit-on en rechercher la fermeture dans le plus bref délai ou en prévenir l'occlusion et la transformer en fistule permanente ? Les considérations absolument neuves de physiologie pathologique, que M. le professeur Guyon a exposées dans son article des Annales des maladies génito-urinaires déjà cité, tracent la conduite du chirurgien. « Toute vessie capable de se distendre, dit M. Guyon, peut se congestionner et de-

venir douloureuse; lorsqu'elle cesse au contraire de pouvoir se distendre, lorsque de réservoir elle est transformée en un simple conduit, elle perd en très grande partie la possibilité de se congestionner et de s'enflammer. Aussi est-il parfois nécessaire, quand l'ablation n'a pu être complète, de maintenir ouverte indéfiniment la plaie hypogastrique. » D'après ces données, il est possible de tirer les règles suivantes.

A-t-on affaire à une de ces tumeurs polypiformes bien circonscrites et facilement énucléables, telles que l'opération terminée, le réservoir urinaire se trouve dans des conditions parfaites de fonctionnement? Nulle hésitation, on doit favoriser l'occlusion de la vessie, l'obtenir le plus rapidement possible, afin que le malade en état de se lever de son lit et de se promener récupère rapidement par un exercice modéré les forces qu'il a perdues. Cette occlusion sera recherchée avec bien plus de soin encore, si l'histologie vient démontrer que le produit morbide est par sa structure bénin et a par conséquent quelque chance de ne pas repulluler.

Est-on en présence d'une tumeur à base large, étalée, diffuse, dont on a pu enlever par un curage aussi parfait que possible les parties superficielles, mais dont il reste de profondes racines dans l'épaisseur des tuniques? Ici l'hésitation est permise; elle est absolument légitime. Sans doute, la prudence commanderait de laisser ouverte la vessie, afin d'en assurer le repos physiologique et de permettre au besoin une nouvelle action chirurgicale sur le néoplasme récidivé; mais n'est-il pas pénible de condamner un malade à une infirmité aussi difficile à pallier que la fistule hypogastrique? D'autre part, ne voit-on pas les hématuries disparaître et les douleurs se calmer quelquefois pour un temps très long après une première opé-

ration, la vessie s'étant cicatrisée et ayant repris ses fonctions de réservoir? Enfin ne sait-on pas combien parfois sont tardives les récidives des néoplasmes vésicaux? Pour toutes ces raisons, même en l'absence d'une éradication complète, on est en droit de conduire à cicatrisation l'incision hypogastrique, lorsque la disparition des hématuries, la cessation des douleurs, en un mot le bien-être momentané des malades y pousseront pour ainsi dire le chirurgien. Le patient lui-même réclamera souvent la fermeture de sa plaie. L'opéré de M. Bazy, chez lequel la plaie hypogastrique avait été à dessein tranformée en fistule, en demandait avec insistance la suppression, et lorsque son état général s'aggravant, on la laissa s'obturer, afin de lui donner cette dernière satisfaction, on n'observa pas la moindre tendance au retour des hématuries ou de la douleur, et cependant il s'agissait d'une large tumeur infiltrée. Chez le malade de l'observation X la plaie se ferma naturellement dans les délais ordinaires, et jusqu'au moment de la récidive du néoplasme, on n'observa ni hématurie, ni douleur.

Nous supposons un troisième et dernier cas, celui dans lequel la plus grande partie de la vessie est envahie par le néoplasme, de sorte que l'organe ne représente plus pour ainsi dire qu'une sorte de coque rigide, incapable de revenir sur elle-même. De pareilles lésions sont, je l'ai dit, une contre-indication à l'intervention d'une façon générale ; cependant l'abondance des hémorrhagies, beaucoup plus souvent la violence des douleurs peuvent forcer la main au chirurgien. S'il intervient ce sera alors, il n'est pas besoin de le dire, dans un but purement palliatif, son objectif sera de supprimer la vessie comme réservoir, puisqu'il sait d'avance qu'il ne lui est pas permis de la débarrasser du néoplasme, qui l'encombre et de la mettre en état de remplir,

même pour quelque temps, ses fonctions physiologiques.

C'est cette opération palliative que sir Henry Thompson pratiqua trois fois, en 1875, de propos délibéré, pour remédier à des cystalgies rebelles, dont l'une était liée à une dégénérescence de la prostate ayant envahi le bas-fond de la vessie (1). « L'opération fut suivie de repos après le troisième jour et le malade eut une longue période de calme, qu'il n'avait pas goûté depuis plusieurs mois. »

La constitution de la fistule hypogastrique sera obtenue après l'incision ordinaire de la vessie par l'hypogastre par des moyens divers, sur lesquels il n'est pas besoin d'insister. Sir Henry Thompson se servait d'un tube élastique plongeant jusqu'au fond de la vessie et maintenu par une plaque métallique à la surface de l'hypogastre, à la façon de la canule de la trachéotomie. M. Bazy fit construire une canule recourbée tout à fait analogue à celle de la trachéotomie, dont l'extrémité venait s'appliquer derrière la symphyse du pubis en pénétrant d'environ 1/2 centimètre dans la vessie. Un sérieux inconvénient de la fistule vésico-hypogastrique, c'est la difficulté de recueillir les urines du malade et de l'empêcher d'avoir ses vêtements complètement souillés par le liquide, qui s'infiltre entre les téguments et l'appareil destiné à le recevoir. Cependant le malade de l'observation XII, grâce à l'application suffisamment exacte des lèvres de la plaie hypogastrique sur les tubes siphons, put se lever un certain temps, pendant la longue rémission des symptômes qu'il présenta ; les tubes plongeaient dans un urinal et sa situation n'était pas plus mauvaise que celle des malades ayant la boutonnière périnéale.

(1) The Lancet, 1875 ; traduit en partie dans la th. de Gergaud. Des cystalgies et de leur traitement chirurgical, 1882, p. 73 et seq.

SECTION III.

Extirpation des néoplasmes sessiles. Résection de la vessie.

Peut-on espérer l'ablation complète d'un néoplasme sessile, infiltré de la vessie par la résection de toute l'épaisseur de sa paroi ? M. Bazy dans son travail estime que cette idée « peut paraître hardie, mais n'est pas irrationnelle. » Et M. Monod dans son rapport émet aussi l'opinion que cette entreprise est justifiable mais dans un nombre de circonstances très restreintes.

Examinons à notre tour cette question. Malgré le nombre relativement élevé d'observations d'extirpation de tumeurs de vessie chez l'homme que j'ai réunies, je ne relève dans ces cas aucune tentative de résection de la vessie ; à part le fait de Marcacci (1), je ne trouve même aucune observation de simple suture du réservoir urinaire. C'est donc tout à fait théoriquement, qu'à l'exemple des auteurs précédents, je puis discuter les avantages et les inconvénients de la résection partielle de la vessie atteinte de dégénérescence néoplasique. Cependant les exemples assez nombreux aujourd'hui de résection intentionnelle ou accidentelle de la vessie dans le cours de l'avariotomie nous guideront un peu dans cette voie encore inexplorée ; quelques expériences hardies tentés en Allemagne sur les animaux nous fourniront aussi quelques jalons.

Lorsque l'on se rappelle la longue durée de l'évolution

(1) Marcacci. Di una cistimia sopra-pubica per la estratione di un neoplasma villoso della cavita vesicale. Lo Sperimentale 1881, XLVI, p. 350.

des tumeurs malignes de la vessie, la rareté de leur généralisation, on ne peut s'empêcher de regretter que nous n'ayons pas entre nos mains une bonne opération capable de débarrasser totalement et à jamais de son néoplasme le malade, qui en est porteur. En effet, au sein, à la lèvre, en beaucoup d'autres parties de l'organisme, on peut facilement supprimer un foyer cancéreux en taillant largement dans les tissus sains, et si l'observation ne nous démontrait que l'abondance des lymphatiques vient presque fatalement déjouer les efforts de la chirurgie, en assurant par des traînées souvent inappréciables la repullulation du mal, nous serions en droit d'espérer la cure radicale des opérés. Dans la vessie, l'anatomie nous enseigne qu'il n'y a pas de vaisseaux lymphatiques, les tumeurs malignes s'y développant lentement, toute la sphère voisine est pendant longtemps saine; pourquoi faut-il que cette assurance que nous avons de faire, en quelque sorte, la part du feu en supprimant le mal, soit immédiatement détruite et annihilée par le danger d'une opération aussi grave? Encore pourrait-on espérer le conjurer, si l'examen topographique des lésions vésicales venait montrer qu'elles siègent plus souvent sur la paroi antérieure et les parois antéro-latérales de la vessie? Mais nous savons que leur siège de prédilection est la base, le trigone et la paroi postérieure, régions éminemment dangereuses, dans lesquelles se trouvent le péritoine, les uretères, les vésicules séminales et les canaux déférents chez l'homme.

Rappelons l'heureuse comparaison de M. Guyon assimilant le réservoir urinaire à une boîte ovoïde; il est facile d'enlever par l'hypogastre son couvercle, mais son fond reste inaccessible à toute tentative de résection.

Ces considérations retiendront probablement encore longtemps les chirurgiens les plus hardis de notre pays,

comme elles ont jusqu'ici retenu les représentants les plus audacieux de la chirurgie allemande. Ce n'est pas cependant que la tentation ne soit grande de l'autre côté du Rhin de traiter la vessie cancéreuse comme l'utérus dégénéré. Th. Glück et A. Zell ont extirpé avec succès la vessie et la prostate chez des chiens (1) et donné le programme d'une intervention semblable chez l'homme après expériences sur le cadavre. E. Sonnenburg (2) l'a pratiquée sur le vivant, chez un enfant de 3 ans atteint d'extrophie, la guérison eut lieu.

On trouve encore dans les expériences nombreuses faites sur des chiens et des lapins par Vincent (de Lyon) (3), en France, et par A. Fischer, en Allemagne (4), des enseignements précieux pour ceux que tenterait une semblable intervention. Le chirurgien lyonnais a imaginé une suture à double plan, le premier comprenant la tunique musculeuse du réservoir, la seconde adossant largement ensemble les surfaces de la séreuse. Sur les animaux l'opération réussit le plus souvent, dans l'espèce humaine M. Vincent ne l'avait encore pratiquée qu'une fois au moment de la publication

(1) Résultats d'expériences sur l'extirpation de la vessie et de la prostate chez les chiens, par Gluck; Stricker's med. Jahrb, 6 juin 1881.

Du traitement secondaire des uretères après l'extirpation de la vessie par Th. Gluck et A. Zell; Stricker's med. Jahrb., 30 octobre, 1881.

(2) Extrophie de la vessie chez un enfant de 9 ans; abblation de la vessie. Guérison par Sonnenburg (Berliner klin. Woch., 12 décembre 1881.

(3) De la laparotomie et de la cystorrhaphie dans les plaies perforantes intra-péritonéales de la vessie, par E. Vincent (Congrès d'Alger Associat. franç. p. l'avancement des sc. 1881 et Rev. de chirurgie, juin et juillet 1881). Voir aussi la thèse de Maltrait. Contribution à l'étude des traumatismes de la vessie, Lyon, 1881.

(4) Die partielle Resection der Harnblase (La résection partielle de la vessie. Etudes expérimentales), par A. Fischer (Archiv. f. klinische Chirurgie, t. XXVIII, fas. 3, p. 736).

de son travail, chez une femme qui avait eu le sommet de la vessie incisé pendant une ovariotomie avec adhérence. La malade succomba le sixième jour de péritonite, déterminée, au dire de l'auteur, par les adhérences intestinales du kyste. L'autopsie permit de constater ce fait important, à savoir que la suture de la vessie avait parfaitement réussi, et qu'une injection sous une assez forte pression n'en détermina pas la rupture.

Fischer a fait sur huit chiens des résections partielles de la vessie, suivie de la suture des bords de la solution de continuité; cinq de ces animaux ont survécu. Il tire de là les conclusions que les plaies de la vessie et leur suture n'étant pas plus graves que toute autre grande opération pratiquée sur l'abdomen, il n'y aurait pas lieu de craindre chez l'homme les résections et les sutures de ce réservoir.

Tout dernièrement, un chirurgien russe, Snamensksi (1) a recherché, en pratiquant de très nombreuses opérations sur des chiens, quelle partie et quelle étendue de la vessie on peut réséquer sans danger chez les animaux. La résection de la totalité ou d'une partie de la paroi antérieure a réussi dans tous les cas, à l'exception d'un seul ; la réunion eut lieu par première intention. Par contre, tous les animaux chez lesquels on enleva le réservoir urinaire, sauf, bien entendu, la partie où viennent s'aboucher les uretères, succombèrent très rapidement à la péritonite. Toutefois, l'un d'eux survécut seize jours. A l'autopsie, on trouva une vessie piriforme, pouvant loger une noix dans sa cavité. Le péritoine avait son aspect normal au niveau de la vessie; la trace de la suture ne se révélait que par un épaississement. Les uretères étaient quadruplés de volume, les

(1) V. Snamensksi. Ueber partielle Resektion der Blasenwaud. Medizinskoje Obosrenje, 1884. Febr. Heft. Analysé dans Centrabl. f. ch., 1884, n° 14,223.

bassinets fortement dilatés. La mort était survenue avec des phénomènes urémiques.

Enfin les recueils de gynécologie fournissent un nombre très respectable d'observations de perte de substance des parois vésicales et de sutures très heureusement terminées.

Rejetant absolument toute idée d'extirpation radicale des néoplasmes du bas-fond, du trigone et de la paroi postérieure de la vessie, à l'exemple de M. Bazy et de M. Monod, avec ces mêmes auteurs aussi je crois qu'il ne serait pas irrationnel de réséquer la paroi antérieure et même la paroi latérale du réservoir urinaire, dans les cas seulement où l'on aurait la certitude de pouvoir enlever dans sa totalité la zone dégénérée, cas, on ne saurait trop le répéter, infiniment rares.

Que si l'on faisait cette opération il faudrait, cela va sans dire, suturer avec grand soin les lèvres de la solution de continuité, afin de prévenir l'épanchement d'urine soit dans le tissu prévésical, soit dans la cavité du péritoine, si la séreuse avait été ouverte. Je ne décrirai pas les divers procédés de suture de la vessie, mais un point sur lequel je veux insister est la nécessité, qui s'impose absolument, d'assurer un libre écoulement à l'urine pendant toute la période de cicatrisation; la sonde à demeure à cet égard est bien infidèle, il suffit qu'elle se bouche quelques heures pour déterminer sinon la rupture de la suture vésicale, tout au moins l'infiltration d'urine entre ses lèvres. On pourrait donc ménager au niveau de l'hypogastre un passage pour les tubes siphons habituels placés dans un des angles de la plaie résultant de la résection ; peut-être aussi serait-on en droit d'établir, pour ce cas particulier, une boutonnière périnéale de décharge, à l'exemple de celle qui donna de si beaux succès à Frère Côme.

Chez la femme, les mêmes difficultés de la résection de la paroi vésicale se retrouvent, mais moins insurmontables; c'est ainsi qu'elle a été faite avec un plein succès par A. T. Norton (1). La tumeur, papillome frangé, était implantée sur la base de la vessie : elle mesurait un pouce de longueur sur un demi-pouce. Après avoir fait une incision à travers la cloison uréthro-vaginale, le chirurgien anglais sépara par la dissection le vagin de la vessie et réséqua avec des ciseaux le point d'implantation de la tumeur. Il en résulta forcément une fistule vésico-vaginale, qui fut opérée un mois après suivant les procédés ordinaires. La malade guérit parfaitement.

(1) Transactions chir. Soc., 9 mai 1879.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS.

Dans le cours de mon travail, j'ai rapporté quelques observations les unes inédites, les autres empruntées à divers auteurs, toutes ayant trait à quelques points particuliers que je traitais. De cette façon, le lecteur trouvera à côté de l'opinion émise sa confirmation.

Dans ce dernier chapitre, je réunis d'abord huit observations inédites: les deux premières reproduisent en quelque sorte le type clinique des néoplasmes de la vessie, les autres se rapportent à des cas de tumeurs traitées par une intervention chirurgicale. En dernier lieu, je donne sous forme de tableaux le résumé de 72 observations d'opérations de tumeurs vésicales dans les deux sexes.

Deux types cliniques de néoplasmes vésicaux.

Obs. VIII (personnelle). — Sommaire : Hématurie soudaine il y a quatre ans ne dure qu'un jour. Calme pendant un an, au bout de ce temps nouvelle hématurie dure environ trois semaines. Depuis cette époque le pissement de sang se reproduit à intervalles irréguliers durant chaque fois de deux à trois semaines. Les hématuries devenues subintrantes ont plongé le malade dans l'adynamie et l'ont décidé à entrer à l'hôpital. Jamais de grandes douleurs. Induration du côté gauche du bas fond de la vessie ; tumeur dans la même région constatée par le cathétérisme. Noyau cancéreux dans les corps caverneux. Néoplasme infiltré inopérable. Mort. Autopsie.

B..., 63 ans, journalier, a successivement travaillé dans une filature, dans une fabrique de produits chimiques, où il maniait l'ammoniaque et le mercure.

Son père est mort à l'âge de 89 ans, d'une maladie qu'il ignore. Sa mère a succombé à 50 ans dans un état d'amaigrissement très grand, à la suite d'une maladie très longue, pendant laquelle elle aurait eu des pertes de sang. Le malade ne peut donner aucun renseignement sur ses frères et ses sœurs dispersés depuis longtemps et dont il n'a aucune nouvelle.

Il est marié et a eu quatre enfants tous morts en bas âge. Sa santé habituelle jusqu'à ces dernières années était très bonne ; il n'accuse comme antécédents morbides qu'une fluxion de poitrine qu'il aurait eue vers l'âge de 40 ans.

Il y a 4 ans B... est entré à l'hôpital de la Pitié, pour une anasarque ayant débuté brusquement. Il y est resté 3 mois, a été traité par le lait et les douches et est sorti n'ayant plus d'œdème, mais conservant une très grande faiblesse.

Pendant ce séjour à la Pitié, B... a eu une première hématurie survenue dans les circonstances suivantes : un matin il s'aperçut que son linge, auquel il s'était essuyé. après avoir uriné dans l'obscurité, était taché de sang ; il regarda dans son urinoir et constata que ses urines étaient teintes en rouge. Effrayé il se mit à uriner de suite et rendit encore un liquide fortement chargé de sang. Cette hématurie persista toute la journée et s'arrêta spontanément vers le soir. Les urines reprirent alors leurs caractères normaux et les conservèrent pendant un an, période durant laquelle le malade n'éprouva aucune douleur, aucune gêne, aucune fréquence de la miction.

Au bout de ce temps, il y a par conséquent 3 ans, B... eut une nouvelle hématurie survenue comme la première sans prodromes, ni sans cause ; elle a duré environ trois semaines ; le sang était mélangé aux urines, il n'y avait pas de caillots ; aucun trouble de la miction ; aucune douleur. Les urines se sont ensuite brusquement éclaircies.

Depuis cette seconde hématurie B... en a eu de très nombreuses, survenant toujours inopinément, disparaissant de même, durant 15 jours à 3 semaines, quelquefois moins, mais jamais davantage. A diverses reprises il a rendu des caillots en forme de filaments, de cordes qui ont plus ou moins obstrué le canal et gêné la miction, mais il n'a jamais eu de rétention d'urine absolue. Ne souffrant d'ailleurs pas, B... a continué à travailler.

Pour tout traitement il a pris de la tisane de graine de lin.

Il y a trois mois, le malade sentant ses forces diminuer, bien que les hémorrhagies ne fussent pas plus abondantes, ni plus fréquentes, a été obligé d'abandonner tout travail. Les pertes de sang sont devenues plus fréquentes, subintrantes et l'ont considérablement épuisé.

Lorsqu'il se présente à notre examen à l'hôpital Necker (salle Saint-Vincent, n° 24), le 13 décembre 1884, il offre l'état suivant :

Les téguments ont la paleur de la cire. La muqueuse des lèvres est décolorée ; les conjonctives sont blanches. Les membres inférieurs et la paroi abdominale sont infiltrés. Le facies amaigri exprime un grand épuisement ; la voix est cassée ; l'intelligence elle-même est troublée et le malade a de la peine à trouver ses mots pour répondre à nos questions. Le pouls est petit, sans fréquence fébrile. Bruit de souffle anémique au cœur. Rien dans les poumons. Diarrhée colliquative.

Les urines très chargées de sang sont couleur jus de pruneaux ; elles ne tiennent pas en suspension de caillots, ni de fragments néoplasiques. L'examen de la région des reins ne révèle aucune tumeur ; la palpation à leur niveau ne détermine aucune douleur. Il est difficile à cause de l'infiltration de la paroi abdominale d'explorer la vessie par l'hypogastre ; l'examen sommaire qu'on peut pratiquer paraît négatif. Par le toucher rectal on perçoit une sorte d'empâtement du côté gauche du bas-fond de la vessie, au-dessus de la prostate, qui est saine. Pas d'engorgement ganglionnaire, mais induration des corps caverneux. On ne pratique pas l'exploration de la cavité vésicale.

Prescriptions. Contre la diarrhée petits lavements au laudanum ; potion au bismuth ; potion à l'extrait de quinquina ; poudre de viande et lait.

21 décembre. Le malade a repris un peu de force ; la diarhée a cessé, mais les hématuries persistent.

M. Guyon procède à l'examen ; la palpation hypogastrique à travers la paroi infiltrée ne donne aucun renseignement, mais le toucher rectal révèle une induration étendue du côté gauche du bas-fond de la vessie, et en combinant avec lui la palpation hypogastrique, on sent manifestement une tumeur interposée entre les doigts explorateurs. Le cathétérisme de la vessie est des plus positifs. Il dénote l'existence d'une tumeur occupant une partie de la cavité vésicale et siégeant sur le côté gauche du trigone ; en effet, tandis que le bec de l'explorateur tourné à droite vient sans obstacle accrocher le col de la vessie, lorsqu'on le retire du côté gauche, il est arrêté par une masse donnant la sensation d'une partie charnue, sans bruit sec, sans frottement dur ; cette masse semble avoir une base de 4 à 5 centimètres ; lorsqu'on abaisse le pavillon de la sonde entre les cuisses du malade, le bec passe par-dessus l'obstacle et frotte avec deux ou trois ressauts. Le malade n'ayant pas uriné depuis quelques heures, on introduit sans peine une sonde en gomme, n° 18, dans la vessie pour la vider ; mais il ne sort pas une seule goutte d'urine et on retire engagé dans les yeux de la sonde un caillot fibrineux filiforme de 8 à 10 centimètres de longueur.

On laisse le malade au repos et on continue les mêmes prescriptions extrait mou de quinquina et poudre de viande.

Le 22. L'exploration d'hier n'a pas fatigué le malade, il a rendu quelques caillots dans la journée, et expulsé environ 1,200 grammes d'urine fortement colorée en rouge. Il n'a pas plus souffert.

Le 23. Les urines sont toujours sanglantes. L'état du malade est manifestement moins grave qu'à son entrée ; il est toujours pâle, mais la diarrhée s'est arrêtée. Il prend avec plaisir du lait, de la poudre de viande et semble se relever.

Le 25, soir. Pour la première fois, depuis son entrée à l'hôpital, le malade n'a pas de sang dans ses urines : elles sont claires et presque limpides, au fond du vase toutefois se dépose une petite couche de pus.

Le 26. Comme la veille il n'y a plus de sang dans les urines. Le malade a uriné environ 700 grammes dans la nuit. L'amélioration constatée il y a quelques jours ne s'est pas continuée, bien au contraire, L'état de B... va s'aggravant. L'œdème a gagné les membres supérieurs et commence à envahir la face. La voix est cassée.

Le 27. Il n'y a toujours plus de sang dans les urines, qui sont claires, mais en quantité inférieure à la normale (600 grammes dans les 24 heures environ). Affaiblissement très considérable.

Le soir à 6 heures le malade très affaibli n'a pas uriné.

La percussion de l'hypogastre ne révèle pas de distension de la vessie. Une sonde introduite dans la vessie ne donne lieu à aucun écoulement.

Le 28. Pas d'urine, pas de distension de la vessie ; œdème généralisé, état comateux. Tout fait présager une mort prochaine, qui arrive en effet lentement, sans secousses à 3 heures de l'après-midi.

Autopsie.— Tous les viscères abdominaux sont pâles et décolorés; des masses de graisse considérables infiltrent l'épiploon et les appendices épiploïques du colon. Aucun de ces viscères d'ailleurs ne présente de dégénérescence cancéreuse.

Le foie est gros, graisseux.

La vessie revenue sur elle-même ne présente rien de particulier extérieurement ; on sent seulement en la palpant que sa paroi est infiltrée par une masse dure occupant tout son côté gauche. En ouvrant sa cavité on constate en effet qu'un néoplasme implanté par une large base fait saillie dans son intérieur. Cette tumeur, recouverte par quelques caillots fibrineux est formée d'une masse végétante de tissu très mou, se désagrégeant sous un filet d'eau et laissant une surface d'insertion tomenteuse de 4 à 5 centimètres de diamètre, qui occupe la partie latérale gauche de la vessie, ne dépassant pas le trigone en bas, mais empiétant en arrière sur la face postérieure. Telle est l'implantation apparente de la tumeur, mais elle s'étend, en réalité, au

delà de ces limites, s'infiltrant dans l'épaisseur des tuniques jusqu'à 5 ou 6 centimètres tout autour de la zone paraissant à première vue seule malade.

Le reste de l'organe est sain : rien du côté du bas-fond ni du côté du col. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Examinés avec le plus grand soin, tous les organes nous ont paru absolument indemnes de dégénérescence.

Mais nous devons signaler la présence d'un noyau ovalaire du volume d'une amande, dur, coriace, enclavé dans le corps caverneux. C'est là, comme je l'ai dit dans mon texte une propagation rare du cancer de la vessie et que M. Guyon n'a vu qu'une autre fois, mais qui contre-indique toute intervention.

L'examen histologique de la tumeur vésicale a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Obs. IX (inédite. Communiquée par mon excellent collègue et ami Launois). — Sommaire : Hématurie soudaine et abondante il y a quatre mois. Mictions fréquentes et douloureuses depuis quelques semaines. Epaississement et induration de la paroi postérieure et du bas-fond de la vessie. Néoplasme infiltré ne réclamant une intervention que si les douleurs se prononcent.

Le nommé V... (Joseph), âgé de 72 ans, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, nº 27, le 18 mai 1884.

Le malade s'était déjà présenté huit jours avant à la consultation externe et avait été examiné à cette époque. Il n'a jamais été malade, et dans ses antécédents nous devons signaler seulement des accidents peu importants du côté des voies urinaires.

A 18 ans, il a une première blennorrhagie, qui dure deux mois et guérit complètement, sans être suivie de goutte militaire. Huit ans après deuxième blennorrhagie, guérit aussi facilement et complètement; Il y a trois ans, à l'âge de 69 ans, troisième blennorrhagie et chancres mous tout à la fois.

Depuis les premiers jours de février de cette année, le malade présente les phénomènes suivants. Il a eu à cette époque une hématurie abondante survenue dans la matinée brusquement, sans cause, sans fatigue d'aucune sorte, sans douleur; le sang rendu était, au dire du malade, intimement mélangé à l'urine; cet écoulement dura cinq jours. A plusieurs reprises depuis, l'hématurie s'est reproduite toujours sans cause. La miction est devenue plus fréquente et douloureuse; depuis quelques jours elle exige de très violents efforts.

V... a une pointe de hernie inguinale du côté gauche. La palpation à l'hypogastre est douloureuse, le canal est libre. La prostate est basse et facilement accessible; elle est volumineuse.

L'hématurie et la douleur persistant, V... entre à l'hôpital le 18 mai. Le toucher rectal est pratiqué de nouveau ; comme la première fois on reconnait que la prostate est grosse; sa consistance est normale; mais son bord supérieur se confond avec une masse dure, épaisse, formée par les parois mêmes de la vessie. Cette portion devient plus accessible, si on combine le toucher rectal avec la palpation hypogastrique. M. le professeur Guyon pense qu'il s'agit dans ce cas d'une tumeur ou plutôt d'une infiltration néoplasique des parois mêmes du réservoir urinaire.

On prescrit de la limonade sulfurique ; une potion à l'extrait mou de quinquina et des ventouses à la région lombaire. Le malade gardera le plus possible le repos au lit.

Depuis son entrée, l'hématurie persiste, la quantité de sang rendu est très variable. Souvent l'urine contient des caillots noirâtres, parfois cependant le malade rend une urine claire contenant simplement du mucus. Il a maigri, mais ne présente pas de véritable cachexie.

Le malade demeure en observation, M. Guyon se proposant d'intervenir si la douleur devient plus vive et les hématuries plus abondantes.

Six observations d'opération de tumeur de la vessie.

(*Quatre chez l'homme. — Deux chez la femme.*)

Obs. X (personnelle). — Sommaire : Première hématurie il y a six mois. Pas ou très peu de douleur. Les pertes de sang très abondantes et très rapprochées déterminent l'intervention. Incision hypogastrique; curage de la vessie. Cessation immédiate et absolue des hématuries. Malade reprend des forces et quitte l'hôpital deux mois après. Il peut se livrer à ses occupations. Mais trois mois après nouvelles hématuries, qui deviennent subintrantes et plongent de nouveau le malade dans l'adynamie. Nouvelle opération : emploi de l'anse galvanique. Les hématuries disparaissent comme la première fois ; mais très affaibli, le malade succombe épuisé. Autopsie. Remarquable résultat opératoire.

G..., âgé de 58 ans, exerçant la profession de mécanicien, entre à la salle Saint-Vincent, n° 20, le 12 novembre 1883, pour des hématuries se répétant à intervalles irréguliers depuis plusieurs mois.

Son père est mort à 38 ans de phtisie pulmonaire. Sa mère a succombé à 77 ans à une affection que les renseignements donnés par le malade ne permettent pas de caractériser exactement. Elle n'aurait pas été malade longtemps et aurait eu un abcès à la cuisse?

G... n'a ni frère ni sœur. Il est marié et père de 4 enfants en bonne santé.

Il s'est lui-même, dit-il, toujours très bien porté et n'accuse d'autres antécédents morbides qu'une douleur qu'il aurait eue dans l'hypochondre droit, il y a cinq ans, et qui aurait cédé à l'application de vésicatoires répétés.

Il n'a jamais eu de blennorrhagie, ni aucune affection des organes génito-urinaires.

Le 25 mars dernier, sans aucune espèce de cause, sans aucun phénomène prémonitoire, en sortant de déjeuner, G... a pissé pour la première fois du sang rouge, liquide, mélangé à l'urine; cela sans la moindre douleur. Cette hématurie se reproduisant à toutes les mictions pendant plusieurs jours, le malade se décida à consulter un médecin, qui ordonna de la tisane de bourgeons de sapin et une potion au perchlorure de fer. Comme il ne souffrait pas et qu'il urinait facilement, le sang ne se prenant pas en caillots dans la vessie, G... continua son travail. Les mouvements, la fatigue du jour, nous raconte-t-il, n'augmentaient pas la quantité du sang dans les urines; le repos de la nuit par contre était suivi de l'émission d'une urine plus foncée et quelquefois même le malade rendit le matin des caillots.

Le 1er mai le sang devint subitement plus abondant; des caillots se formèrent et empêchèrent la sortie du contenu de la vessie. Le malade s'imagina alors de se faire lui-même des injections dans l'urèthre à l'aide d'une petite seringue de verre. Cela ne rendit guère plus facile la miction et le 12 mai le malade ne pouvait plus pour ainsi dire uriner. A ce moment G.., s'aperçut que ses forces avaient considérablement faibli; il était pâle, amaigri; ses jambes étaient enflées.

Le médecin consulté de nouveau ne voulut pas exposer la vessie au danger d'une exploration; il fit continuer la potion au perchlorure de fer, prescrivit le régime lacté, quelques bains de siège et le repos absolu.

Après quelques jours les hématuries cessèrent complètement, les urines devinrent claires et limpides. Cette cessation des hématuries dura trois semaines. A cette époque on essaya de faire l'exploration de la vessie, mais la sonde s'arrêta dans le canal et ne put être introduite plus avant.

A la fin de juin les hématuries reparurent avec les mêmes caractères que précédemment, c'est-à-dire que le sang était mélangé aux urines, formant de temps à autre quelques caillots rendant les mictions difficiles; celles-ci du reste n'étaient jamais douloureuses ni beaucoup plus fréquentes qu'à l'état normal. Cette nouvelle période d'hématurie dura deux à trois semaines, puis fut suivie d'une rémission de quelques jours. Depuis ce moment et à des époques que le malade ne peut exactement préciser, les hématuries se sont reproduites plusieurs fois, séparées par des périodes où les urines redevenaient très limpides.

Cependant le malade a continué à s'affaiblir et lorsqu'il entre dans la salle Saint-Vincent, il offre les signes d'une cachexie assez avancée. Il est très amaigri, très pâle ; les téguments sont jaunes et les muqueuses décolorées. Membres inférieurs œdématiés. Diarrhée ; peu d'appétit ; toutefois le malade conserve les aliments qu'il ingère plus par raison que par désir. Pas de fièvre ; bruit de souffle anémique au cœur.

A son entrée G... est en pleine hématurie. Les urines sont très foncées ; elles laissent déposer au fond du bocal quelques grumeaux fibrineux. Elles sont acides et n'exhalent aucune mauvaise odeur. Pas d'éléments figurés particuliers en suspension, sauf des globules rouges et des cellules épithéliales vulgaires.

Par la palpation hypogastrique on constate un peu d'empâtement du côté droit; la paroi abdominale se laisse moins bien déprimer en ce point que du côté opposé. Au toucher rectal on sent manifestement une induration de la paroi vésicale postérieure du côté droit et en combinant avec ce toucher la palpation de l'hypogastre, on sent très bien quelque chose interposé entre les deux mains exploratrices.

Traitement. — Extrait de quinquina, tannin à l'intérieur; pointes de feu sur la région hypogastrique.

16 novembre. Plus de sang dans les urines, qui sont parfaitement limpides et ne dénotent l'existence d'aucun catarrhe vésical.

Le 20. Cathétérisme très facile, le canal et la prostate ne présentent aucune altération pathologique; la sonde donne la sensation d'une masse pâteuse et molle, implantée sur le côté droit du col et empiétant un peu sur le bas-fond. Elle mesure environ 3 centimètres à sa base.

Le 21. Le malade n'a éprouvé aucune souffrance à la suite du sondage; pas de fièvre; mais hématurie abondante.

Le 25. Urines claires.

Le 28. Nouvelle hématurie cessant le 30.

5 décembre jour de l'opération, le malade était en pleine hématurie.

Opération. — Anesthésie par le chloroforme très facilement obtenue. Lavage à l'acide phénique de la région hypogastrique préalablement rasée. Spray. Rien de spécial dans les préparatifs de l'opération, qui se fait très régulièrement suivant les procédés désormais bien réglés de la taille hypogastrique. 300 grammes de liquide dans le ballon rectal. 250 grammes de la solution d'acide borique (4 0/0) dans la vessie; verge liée sur la sonde.

Incision de 6 à 7 centimètres sur la ligne médiane, empiétant un peu sur le pubis. Deux pinces à forcipressure doivent être appliquées sur les deux bouts d'une petite artériole sous-cutanée. L'aponévrose est mise à nu et incisée sur la ligne médiane, sans qu'on se préoccupe de passer dans l'espace intermusculaire des deux droits. On découvre alors

le tissu graisseux, jaunâtre, prévésical ; un coup de la pulpe du doigt le refoule vers l'angle supérieur de la plaie et met à nu la vessie qui montre son globe grisâtre sillonné de grosses veines bleues. On incise le réservoir et un flot de liquide incolore s'en échappe. Les deux lèvres de la plaie vésicale sont alors saisies chacune dans une anse de fil confiée à deux aides qui tirent légèrement dessus de façon à attirer la vessie et à entrebâiller son ouverture. La sonde uréthrale est enlevée. Le doigt introduit dans la vessie reconnait la tumeur présumée sur le côté droit du col ; elle est saillante, du volume d'un très petit œuf de poule, très nettement pédiculée, autant qu'il est permis de le constater, ce pédicule a 2 à 3 centimètres de diamètre. Très friable, la masse néoplasique s'écrase entre les doigts ; cependant on applique sur sa base un serre-nœud, afin d'obtenir une section plus régulière. Il s'écoule une très minime quantité de sang, le doigt se promène alors sur une surface lisse, cruentée, régulière mais indurée. Près de la surface du pédicule et au-dessus on trouve une excroissance polypiforme du volume d'un gland de chêne et qui tombe à la simple traction des doigts. L'exploration du réservoir vésical avec les doigts ne révèle plus aucune végétation dans son intérieur. On absterge la cavité vésicale avec des éponges montées et on cherche à voir par le regard l'état de la muqueuse ; cet examen est difficile malgré la béance de l'incision hypogastrique et les renseignements fournis par les doigts sont bien autrement précieux. Lavage à grande eau boriquée (solution à 4 0/0), 8 à 10 seringues par l'incision hypogastrique ; jusqu'à ce que le liquide ne soit plus que légèrement teinté en rose. Les deux gros tubes adossés sont suivant la pratique ordinaire placés dans le fond de la vessie et maintenus à son contact pendant le dégonflement du ballon rectal ; on les fixe alors à la peau de l'abdomen par deux points de suture métallique.

L'incision de l'hypogastre est rétrécie au-dessus des tubes par deux points de suture profonde rapprochant les muscles droits, tandis que deux autres points superficiels assurent la coaptation des téguments. Après avoir vérifié le fonctionnement des tubes et constaté qu'il ne revient plus de la vessie qu'une eau à peine teintée, on procède à l'application d'un large pansement de Lister, recouvert d'une épaisse couche de ouate et exerçant sur la partie supérieure de la plaie une compression suffisante.

L'état du malade est très satisfaisant, il n'a presque pas perdu de sang, son pouls est excellent. L'opération, y compris les préparatifs, a duré quarante-cinq minutes.

Le soir à 5 heures le malade se plaint d'être gêné par des gaz intestinaux ; le ventre est en effet un peu ballonné, mais il n'est pas douloureux ; le malade n'a eu ni nausées, ni vomissement. Le pouls est régulier, plein, 96. Température 38,4. Le pansement n'est pas

mouillé extérieurement, les tubes ont bien fonctionné et ont donné issue à 150 grammes d'urine très légèrement teintée en rouge. En défaisant le pansement on s'aperçoit que les premières pièces seulement au contact de la plaie sont mouillées. Lavage de la vessie à la solution boriquée par les tubes qui fonctionnent parfaitement; le courant d'eau sort incolore et n'entraîne aucun détritus. Pansement est refait avec légère compression.

6 décembre. La nuit a été bonne, bien que le malade n'ait pas dormi; il a refusé de prendre sa pilule d'extrait thébaïque. Il se sent très bien et est très satisfait de voir que ses urines ne contiennent plus de sang. Les 200 grammes d'urine qu'il a rendue par ses tubes, sont absolument clairs. Le pouls est bon, 92 pulsations; le thermomètre marque 37,8.

Le pansement est légèrement humide. Après son enlèvement, on constate que la plaie a très bon aspect, ni tuméfaction, ni douleur. Lavage vésical par les tubes; l'eau sort claire et en totalité par leur calibre. Pansement refait comme précédemment.

Soir, temp. 38,2. Le malade prend avec plaisir du lait, du vin et du bouillon. Les tubes fonctionnent très bien, ils laissent écouler une urine limpide. On ne touche pas au pansement qui n'est nullement mouillé.

Le 7. Nuit a été bonne, sommeil. Le malade se sent très bien. Température 38,6.

Les tubes ont bien fonctionné; le pansement n'est pas imbibé; les urines restent claires. Lavage et pansement comme à l'ordinaire.

Soir. Le malade se plaint de gaz intestinaux, l'abdomen est tympanisé. Température 38. Pouls 96. Lavement purgatif, cataplasme sur le ventre. On ne touche pas au pansement qui est sec. On se contente de faire un lavage par les tubes.

Le 8. Nuit sans sommeil. Le malade est considérablement gêné par le météorisme; il n'a rendu que quelques matières solides et quelques gaz à la suite du lavenent d'hier soir. Malgré cela, l'état général est bon; la température est à 38,2.

Les urines sont toujours limpides.

La plaie va très bien. On enlève un point de la suture profonde; on laisse le point inférieur et les deux points de la suture superficielle. Lavage par les tubes qui continuent à bien fonctionner.

Prises de rhubarbe contre la constipation.

Soir. Le malade a eu deux garde-robes, mais le ventre reste toujours ballonné. Pansement non mouillé; lavage seulement par les tubes.

Le 9. Ce matin, G... a pris 30 grammes d'huile de ricin; il a eu trois selles, mais le ventre reste toujours tympanisé. Température 37,6.

On enlève tous les points de suture; les lèvres de la plaie restent

réunies; pas la moindre tuméfaction ni douleur; la plaie est seulement un peu grisâtre autour des tubes.

Soir. Plusieurs garde-robes dans la journée; le ventre est souple et le malade se sent très soulagé. Température 37,6.

Urines claires s'écoulent facilement par les tubes. Pansement sec n'est pas renouvelé.

Le 10. Nuit a été excellente. Le malade a pu se coucher un peu sur le côté et a dormi six heures consécutives. Ventre très souple. Température 37,2.

La plaie va très bien. Les urines s'écoulent facilement; elles ne contiennent toujours pas de sang, mais offrent la coloration noirâtre produite par l'usage de l'acide phénique.

Soir. Mieux continue. Température 37,4.

Le 11. Très bon état. Le malade mange assez copieusement; il parle avec ses voisins et est très gai. Température 37.

Les urines sont toujours noires.

Pansement comme les jours précédents.

Le 12. Toujours excellent état. Température 37,2.

On enlève les tubes et on place dans l'urèthre une sonde à demeure en caoutchouc rouge n° 15.

Soir. La sonde a bien fonctionné; le pansement n'est pas mouillé.

Le 13. Ce matin le pansement est un peu imbibé. La sonde fonctionne cependant bien, mais le malade dit s'être beaucoup agité cette nuit. Température 37,2.

Les urines sont toujours un peu noires. Une injection poussée par la sonde sort en partie par la plaie de l'hypogastre, si on n'a le soin de comprimer légèrement celle-ci avec une éponge.

Le 14. Le malade est un peu mouillé, malgré le soin qu'on prend de rapprocher autant que possible les lèvres de la plaie à l'aide d'une cuirasse de diachylon; la sonde fonctionne d'ailleurs bien. A part ce petit inconvénient, tout va très bien; la plaie a un aspect vermeil; on enlève quelques lambeaux de tissu cellulaire sphacélé, blanchâtre au fond de la plaie, avec la précaution de ne pas exercer de traction, afin d'éviter d'ouvrir une porte aux fusées purulentes.

Les urines ont toujours la coloration noirâtre due à l'acide phénique, mais ne contiennent pas de sang. Pansement comme les jours précédents.

Le 15. Pansement très peu mouillé; on le renouvelle, tout va bien.

Le 16. Cette nuit, la sonde à demeure s'est bouchée et le malade a eu son pansement imbibé; il n'en a d'ailleurs éprouvé aucun inconvénient.

La plaie est rosée, bourgeonnant à merveille.

On change la sonde à demeure dont l'œil est obstrué, et on en place une plus grosse, n° 18.

Pansement comme à l'ordinaire.

Le 17. Pansement peu mouillé, mais le liquide injecté par la sonde reflue en abondance par la plaie hypogastrique.

Les urines sont très claires, leur réaction est acide.

L'état général est excellent; la plaie a très bon aspect. On rapproche, à l'aide de bandelettes de diachylon, les lèvres de la plaie, en ayant soin, à l'aide de petits rouleaux de diachylon disposés le long des bords des muscles droits, de bien ajuster les parties profondes.

Le 18. A peine si le pansement est mouillé, mais le liquide injecté dans la vessie reflue toujours par la plaie de l'hypogastre.

Le 19. Cette nuit, le calibre de la sonde s'étant obstrué, le malade a eu son pansement inondé, mais n'en a pas été autrement incommodé. L'état général continue à être excellent.

Urines incolores et limpides.

On rapproche le plus exactement possible les lèvres de la plaie à l'aide de bandelettes de diachylon. On change la sonde. Le canal de l'urèthre est rempli d'un pus crémeux bien lié.

Soir. La sonde est encore obstruée et le pansement mouillé. On place une nouvelle sonde.

Le 20. La sonde a bien fonctionné et le malade a eu une très bonne nuit. La plaie commence à se rétrécir, mais elle est toujours perméable au liquide.

Pansement ut supra.

Le 21. Le malade commence à prendre des forces ; sa figure est meilleure; ses téguments sont moins pâles et moins secs. Il mange avec appétit et a grande confiance dans sa guérison.

Le pansement est refait comme les jours précédents. On change la sonde en gomme rouge pour une sonde en gomme noire.

Le 22. La sonde a très bien marché; le pansement n'est pas du tout mouillé. L'injection poussée par la sonde ne revient pas par la plaie hypogastrique.

Le 23. Le pansement n'est pas mouillé; la sonde va bien.

Le malade se plaint seulement de son uréthrite qui donne lieu à un abondant écoulement de pus.

Le 24. La plaie se rétrécit rapidement.

Le 25. Tout marche vers la guérison.

On continue à renouveler le pansement tous les matins et à faire des lavages de la vessie deux fois par jour.

Les urines sont toujours claires et acides.

Le 28. Le malade est constipé. Le ventre est un peu ballonné. La

température, ce matin, s'est élevée à 38°. On prescrit un lavement purgatif.

Soir. Température normale. Le malade va très bien, il se tourne des deux côtés dans son lit. La plaie de l'hypogastre se réduit aux dimensions d'une pièce d'un franc. Elle est complètement fermée dans la profondeur.

Notre excellent collègue Launois a bien voulu me communiquer la suite de cette observation.

G... est sorti de l'hôpital au commencement de février 1884. Il a pu retourner chez lui, se promener et même reprendre pendant quelques jours son travail. Nous l'avons vu plusieurs fois à la consultation externe de l'hôpital. Il apportait chaque fois une certaine quantité de son urine. Elle contenait, à partir du milieu du mois de mars, presque toujours un peu de sang; parfois, elle était assez claire, mais le plus souvent offrait une teinte rosée. Le fond du vase présentait un dépôt blanchâtre formé par du mucus. L'examen histologique a été pratiqué une fois et a permis de constater la présence de globules rouges crénelés; il a été impossible de trouver des cellules épithéliales de la vessie. Le malade avait retrouvé ses forces et repris de l'embonpoint, mais il conservait toujours une certaine pâleur.

Dans les premiers jours de mai, le sang devient plus abondant dans l'urine, qui présente une coloration rouge noirâtre; elle contenait aussi des caillots en grande abondance. La miction était devenue douloureuse et nécessitait des efforts.

G... entre à l'hôpital sur les conseils de M. Guyon, le 18 mai. On prescrit le repos absolu, une potion à l'extrait de quinquina et de la limonade sulfurique.

Chaque miction nécessite de violents efforts. Des caillots allongés, cylindriques, sont expulsés d'abord, pouvant être comparés très justement à de grosses chenilles; la miction se fait ensuite plus facilement et l'urine rendue est simplement rouge. Il est évident que le sang, dans l'intervalle des mictions, pénètre dans l'urèthre et se coagule. L'hématurie va en augmentant et le malade perd bientôt les forces et l'appétit.

Le 23 mai, il est absolument exsangue et a une syncope. M. Guyon décide pour le lendemain une nouvelle intervention.

Le 24. Chloroforme. On fait de nouveau la taille hypogastrique. La vessie étant distendue et le rectum dilaté à l'aide du ballon de Petersen, on ne voit pas bien nettement son relief se dessiner au-dessus du pubis et M. Guyon se guide surtout sur la cicatrice ancienne. Les différents plans de la paroi abdominale sont incisés; il est difficile de les reconnaître, car on opère dans un tissu de cicatrice; toutefois, on arrive sans encombre sur la graisse jaune que l'index refoule vers le haut. La

vessie se présente, elle est ouverte et maintenue béante par deux anses de fil passées dans chacune de ses lèvres. L'index explore la face interne du réservoir et reconnaît l'existence d'un champignon assez nettement pédiculisé, situé dans le bas-fond dont il semble surtout occuper le côté droit. Tout le reste de la muqueuse semble normal. Un fil de platine du galvanocautère recourbé en anse est introduit sans difficulté jusque sur le pédicule, et le courant est fermé avec prudence et à différentes reprises. Bientôt une masse du volume d'une noix se détache. Il reste encore une légère portion que l'on extrait de la même façon. L'opérateur et les aides peuvent s'assurer que la vessie est absolument débarrassée et qu'il n'existe plus aucune saillie appréciable. Particularité des plus intéressantes à noter, c'est que dans l'incision des différentes couches des parois abdominales, il n'y a eu qu'une petite veine ouverte, et que par conséquent il ne s'est écoulé qu'une très petite quantité de sang. L'ablation de la tumeur n'a pas donné lieu non plus à un écoulement de sang notable.

Pansement ordinaire de la taille sus-pubienne : tubes siphons ; point de suture à la partie supérieure de la plaie ; pansement de Lister.

Depuis l'opération, le malade *n'a pas perdu une goutte de sang, son urine est restée claire et abondante.* Les tubes ont fonctionné à merveille. Mais l'état général est allé en s'aggravant et les forces en s'affaiblissant. La transfusion devait être faite le lundi soir, troisième jour après l'opération ; mais l'appareil ne présentant pas toute la sécurité désirable, cette intervention dut être ajournée au lendemain. Le mardi, quatrième jour, le malade succombait à 10 heures du matin.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Nous noterons seulement l'état de l'appareil urinaire.

Les reins présentent quelques traces de néphrite interstitielle, leur volume est diminué.

La paroi abdominale antérieure a été enlevée avec la vessie et l'urèthre. Rien de particulier à noter du côté de la plaie opératoire qui présente une longueur de 6 centimètres. A sa partie postérieure, elle communique avec le sommet de la vessie ; l'adhérence de cet organe est ancienne et indique bien nettement qu'il était resté des brides unissant la vessie à la face postérieure de la paroi abdominale. Le cul-de-sac péritonéal était distant d'un centimètre de la plaie vésicale.

La vessie ayant été incisée sur sa paroi antérieure, on trouve que la muqueuse a conservé sa coloration et ses caractères normaux, que les parois ne sont pas épaissies et que l'organe est simplement revenu sur lui-même. Au niveau du bas-fond, nous constatons une dilatation assez considérable de l'orifice de l'uretère droit, qui est beaucoup plus apparent que normalement ; l'uretère de ce côté est d'ailleurs notablement épaissi et élargi. La muqueuse du bas-fond présente les altérations suivantes. Elle est ridée et offre un aspect légèrement cicatricie,

traces probables de la première intervention. Sur la ligne médiane, on trouve une petite masse en mamelon dont l'extrémité offre une coloration d'un brun jaunâtre, indiquant nettement que c'est sur ce point qu'a porté l'anse galvanique. Ce mamelon est la portion restée adhérente du pédicule. Un peu plus en arrière, d'autres petits points jaunâtres indiquent qu'à ce niveau il y a eu cautérisation.

Enfin, sur la paroi postérieure, existe une petite saillie lamellaire, présentant, elle aussi, des traces de brûlure. Nous trouvons de plus sur la portion gauche du même bas-fond deux petites saillies mamelonnées, ayant l'une le volume d'un pois, l'autre celui d'une lentille. Elles représentent sans aucun doute des tumeurs à leur première période d'évolution.

En résumé, l'aspect de cette pièce anatomique est du plus haut intérêt et permet de reconnaître :

1° Que les masses enlevées pendant la vie étaient nettement pédiculisées ;

2° Que l'intervention chirurgicale a été suivie du plus beau résultat opératoire qu'on puisse désirer. Il ne reste, en effet, comme trace de l'intervention, que deux ou trois points au niveau desquels la cautérisation a été complète ;

3° Qu'il était à craindre une nouvelle récidive étant donnés les petits mamelons que nous avons indiqués plus haut.

La mort est survenue par le fait de l'anémie grave du sujet, due aux hémorrhagies répétées qu'il avait subies. Cet état de faiblesse est d'autant plus à regretter, qu'au point de vue opératoire on ne peut guère trouver de résultat meilleur. Aussi cette observation nous confirme-t-elle dans notre opinion, qu'il ne faut pas attendre que le malade soit exsangue pour opérer et qu'on doit intervenir toutes les fois que les hémorrhagies, sans être abondantes, se répètent fréquemment.

Examen de la tumeur enlevée par la deuxième opération. Aspect macroscopique. — La tumeur a le volume d'une grosse noix, et présente à sa surface une série de petits mamelons. Elle a une coloration rose, un peu foncée en certains points. Sa consistance n'est pas très grande, toutefois elle ne s'écrase pas sous le doigt.

Examen microscopique. — Il a été pratiqué après durcissement par la gomme et l'alcool ; les coupes ont été pratiquées sur la partie médiane et colorées au picro-carmin. Avec faible grossissement on constate la présence de travées formées par du tissu fibreux embryonnaire. Elles sont disposées sous forme de minces cloisons, sur lesquelles se trouvent implantées des cellules épithéliales. Celles-ci sont très faciles à voir, grâce à la forte coloration du noyau. Au niveau du point d'adhérence de la tumeur, on rencontre de nombreux vaisseaux gorgés de globules rouges.

A un fort grossissement il est facile de mieux constater la disposition des cellules et de mieux préciser leurs caractères.

Toutes sont volumineuses, contenant un gros noyau, muni d'un nucléole, quelques-unes renferment deux noyaux également volumineux. Le corps cellulaire présente quelques fines granulations. Les cellules sont rondes, polyédriques ou allongées en forme de raquettes. Elles sont pressées les unes contre les autres et superposées de manière à former plusieurs couches. En résumé il s'agit bien là d'une tumeur constituée par des éléments épithéliaux en voie de prolifération. La forme même de la tumeur indique qu'elle est surtout végétante Les parois de la vessie ne présentaient d'ailleurs à l'examen histologique aucune infiltration cellulaire.

Obs. XI (communiquée et rédigée par mon excellent collègue et ami Leprévost). — Sommaire : Début par de la rétention d'urine il y a trois ans et très légère hématurie. Pendant deux ans difficulté de la miction, envies fréquentes très douloureuses. Dans le courant de la deuxième année survient la seconde hématurie. A partir de ce moment, les hématuries ne cessent pour ainsi dire pas et les douleurs sont très vives. Leur intensité rend presque impossible une exploration méthodique ; cependant on constate une induration du bas-fond et de la paroi postérieure de la vessie. En présence des douleurs, M. Guyon se décide à pratiquer l'incision hypogastrique. On abrase une tumeur volumineuse. Les hémorrhagies cessent, les douleur sont moins vives, mais le malade succombe épuisé le troisième jour.

M. X..., religieux, âgé de 68 ans, consulte M. le professeur Guyon pour une affection vésicale dont il souffre depuis plusieurs années.

Ce malade est en religion depuis 42 ans. Jusqu'en 1881, sa santé a toujours été excellente. Il n'a jamais fait de maladie grave ; il a toujours été bien portant et n'a pas interrompu son travail un seul jour. Cependant ayant beaucoup fatigué comme ambulancier pendant la guerre, il eut à cette époque de violentes migraines, qui depuis se sont montrées à diverses reprises. Aucun autre antécédent morbide, soit héréditaire, soit personnel, n'est à noter, si ce n'est une certaine *faiblesse de vessie*, que le malade dit avoir ressentie toute sa vie. Par faiblesse de vessie il entend l'impossibilité où il se trouvait de garder ses urines plus de deux heures. Ces mictions n'avaient cette fréquence que pendant le jour.

La nuit les intervalles étaient plus longs. Cependant il était souvent obligé de se lever pour uriner. La miction d'ailleurs n'était jamais douloureuse.

En 1881, il fut pris un matin, sans aucune cause appréciable, sans avoir souffert le moins du monde, de rétention d'urine.

Le cathétérisme fut pratiqué au bout de quelques heures par le Dr Collin, à l'aide d'une sonde molle, qui pénétra avec la plus grande facilité. Quelques gouttes de sang s'écoulèrent cependant à la fin du cathétérisme. On pensa qu'il s'agissait de varices du col, le malade n'est pas hémorrhoïdaire ; il a un léger varicocèle.

A partir de ce jour il ne fut plus nécessaire d'avoir de nouveau recours à la sonde ; la rétention ne se reproduisit plus : mais les mictions augmentèrent de fréquence ; le malade urinait toutes les 1/2 heures ; les besoins étaient très impérieux ; M. X... pouvait néanmoins y résister assez longtemps ; il lui est cependant quelquefois arrivé de laisser échapper de l'urine dans son lit. Quoique moins fréquentes la nuit, les mictions obligeaient cependant le malade à se lever plusieurs fois la nuit. Le dortoir, dans lequel il couchait, était sans feu, aussi l'hiver dernier prit-il une bronchite, dont il ne s'est pas encore débarrassé.

Les douleurs qu'il ressentait étaient vives, surtout à la fin de la miction. Il avait des épreintes, du ténesme anal, une certaine difficulté de la défécation, qui était douloureuse et retentissait, dit le malade, sur le col de la vessie. Toujours aussi le malade se plaignait de douleurs de reins, et pendant longtemps il a souffert exclusivement de la région lombaire. On lui fit prendre alors de l'eau de Contrexéville et des pilules de térébenthine. Les urines étaient toujours limpides, pas trop abondantes.

C'est au mois d'août 1883, que survint la seconde hématurie. Elle eut lieu à la suite d'un petit voyage en chemin de fer. Le malade ne souffrit pas pendant le trajet, il put même ensuite faire une longue course à pied, et ce n'est que quelque temps après que se déclara l'hématurie.

Elle fut assez abondante et se reproduisit quotidiennement pendant deux mois. Souvent le sang était mélangé à l'urine ; parfois il s'écoulait pur à la fin de la miction.

L'hématurie avait lieu surtout le matin et le soir ; les mictions de la journée ne contenaient ordinairement pas de sang.

Ces hématuries cessèrent spontanément peut-être sous l'influence du perchlorure de fer, dont le malade prenait 12 gouttes par jour. Bien que très affaibli par ces hémorrhagies incessantes, M. X... n'a cessé son service que le jour de son entrée à la maison des frères Saint-Jean-de-Dieu, où il fut apporté à cause d'une rétention d'urine qui l'avait pris pendant la nuit.

Etat actuel, 28 *mars* 1884. — Dès son entrée il fut cathétérisé à l'aide d'une sonde molle. Les urines qui s'écoulèrent étaient claires, bien qu'un peu foncées en couleur. Dans la journée, les mictions devinrent sanglantes et douloureuses, s'accompagnant d'une sensation de brû-

lure à l'anus et de pesanteur au périnée. Les douleurs dans la région lombaire s'exagérèrent également.

La vue est très nette ; le malade n'a presque jamais eu d'épistaxis ; il n'a jamais présenté d'œdème malléolaire.

Depuis son entrée à l'établissement de la rue Oudinot, les mictions volontaires n'ont pas reparu ; il faut cathétériser le malade 7 fois par jour en moyenne. L'urine est toujours sanglante.

Le malade a été exploré, à l'aide d'un explorateur métallique, deux jours après son entrée; depuis ce moment il a été pris de frissons matin et soir: frissons assez intenses, durant parfois plus d'une heure. Cependant la température reste modérée.

L'urine est fortement colorée en rouge; elle n'est pas très odorante; sa réaction est absolument neutre.

Depuis l'exploration faite avec un cathéter métallique, l'état du malade s'est beaucoup aggravé ; la fièvre et les frissons ne l'ont guère quitté ; la langue est sèche et le facies grippé. En présence de cette aggravation survenue dans l'état général du malade, on renonce à compléter l'examen par une nouvelle exploration intra-vésicale.

Si sommaire d'ailleurs qu'ait été la première, elle a permis à M. Guyon de porter le diagnostic de néoplasme diffus de la vessie. Il a été amené à faire ce diagnostic moins par les sensations fournies par le cathétérisme, que par cette considération qu'une injection très peu abondante d'eau dans la vessie eût pu faire croire par la percussion abdominale à une énorme distension vésicale : la matité remontait, en effet, à deux travers de doigts de l'ombilic et s'abaissait même très peu après évacuation du contenu. Le toucher rectal était absolument négatif ; il permettait seulement de reconnaître l'existence d'une volumineuse hypertrophie de la prostate. Les détails qu'on a lu plus haut, la longue durée de l'affection et les allures spéciales affectées par la maladie n'étaient pas sans jeter une certaine obscurité dans le diagnostic. Les difficultés s'accroissaient encore du fait de l'impossibilité d'une exploration méthodique. Aussi M. Guyon, bien qu'inclinant vers l'idée d'un néoplasme vésical, crut-il devoir faire quelque réserve sur la possibilité d'une cystite chronique. La suite de l'observation montre que le premier diagnostic était juste. En effet, en raison des souffrances atroces, qui rendaient intolérable l'existence du malade, M. le professeur Guyon se décide à pratiquer la taille hypogastrique, qui, dans tous les cas et quelle que fût la nature de l'affection, devait avoir au moins pour résultat la cessation des douleurs, sinon la guérison du malade par l'extirpation du néoplasme.

Opération. — L'incision hypogastrique fut donc pratiquée le 7 avril.

Elle eut lieu sans incident notable au moins dans les premiers temps de l'opération. Signalons cependant l'épaisseur de la couche adipeuse

sous-cutanée, qui força M. Guyon à prolonger de 3 à 4 centimètres vers l'ombilic, une incision déjà longue de 7 ou 8 centimètres. On dut également placer deux ligatures sur quelques veines volumineuses, qui donnèrent assez abondamment pour entraver pendant quelques instants le cours de l'opération. La vessie incisée et maintenue solidement par deux fils passés dans les lèvres de la boutonnière vésicale, il fut facile d'explorer la cavité en y introduisant l'index. La cavité tout entière était remplie par une masse bourgeonnante, friable, mollasse, implantée surtout au niveau du bas-fond, mais s'épanouissant dans la cavité entière. Les bourgeons fongueux arrivaient au contact de la paroi antérieure de la vessie, mais ne contractaient avec elle aucune adhérence. Celle-ci était, en effet, parfaitement lisse. Le raclage de la cavité à l'aide d'une large curette à bords mousses se fait avec une grande facilité et, en quelques instants, la cavité est complètement débarrassée. Les doigts introduits à ce moment trouvent la paroi vésicale à peu près normalement lisse. Du côté du col, on sent l'énorme hypertrophie de la prostate, mais l'orifice n'est obturé par aucune saillie qu'on puisse extirper.

En arrière de la prostate se trouve une dépression profonde, un bas-fond énorme, dans lequel étaient implantées les masses végétantes dont nous avons parlé. Celles-ci, nous y revenons à dessein, étaient diffuses et nullement pédiculées. Pendant toute la durée du raclage une quantité abondante de sang s'est écoulée de la cavité vésicale, les fongosités étaient notablement plus vasculaires qu'elles ne le sont d'habitude L'hémorrhagie a persisté, abondante même, après l'enlèvement du ballon rectal. Il a fallu pratiquer plusieurs lavages intravésicaux avec de l'eau boriquée pour y mettre un terme.

La partie supérieure de la plaie est réunie par trois sutures profondes et trois superficielles. Une plaie de trois centimètres de longueur a été seulement ménagée inférieurement pour le passage des tubes siphons. Pansement de Lister.

La journée qui suivit l'opération ne fut marquée par aucun incident. Les tubes fonctionnent à merveille ; l'urine qui s'écoule est *claire, non sanglante*. La température ne s'élève pas à 38°.

Le 9 avril, l'état local est tout aussi satisfaisant que la veille ; mais le facies et toujours grippé et les forces du malade ne se relèvent pas.

La mort arrive le 12 avril par les progrès de l'adynamie, lentement, sans secousses, sans phénomènes de péritonite.

L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. XII (Les renseignements cliniques nous ont été obligeamment fournis par M. le Dr Thobois). — Sommaire : Première hématurie il y a neuf mois. Bientôt envies très fréquentes et extrêmement douloureuses. Tumeur volumineuse de la paroi postérieure et du bas-fond de la vessie. Incision hypogastrique et grattage du néoplasme. Diminution de la souffrance ; cessation complète des urines, mais mort d'adynamie au 5e jour.

M. D..., 59 ans, ancien militaire, avait dans sa jeunesse une santé excellente. Il y a douze ans, il fut atteint d'une dyspepsie très rebelle pour laquelle il suivit un traitement à Vichy. Depuis cette époque il ne se plaint plus de l'estomac.

Comme antécédent morbide de famille, il n'accuse que la perte d'une sœur atteinte de cancer utérin.

Depuis quelques années, M. D... rendait des urines briquetées, mais il ne s'en inquiétait pas et travaillait d'une façon opiniâtre.

La première hématurie est survenue il y a 8 ou 9 mois brusquement, sans cause provocatrice, depuis il en est survenu plusieurs autres ; elles duraient deux ou trois jours et étaient séparées par des intervalles de quatre ou cinq jours de calme. Bientôt elles devinrent plus abondantes et de plus longue durée et en même temps le malade commença à souffrir chaque fois qu'il voulait uriner. Les besoins devinrent très fréquents et les douleurs qui accompagnaient les mictions étaient absolument intolérables, jetant le malade dans des angoisses épouvantables.

M. le professeur Guyon consulté porta le diagnostic de tumeur de la vessie. Le toucher rectal révélait l'existence d'une tumeur volumineuse, située sur la paroi postérieure de la vessie et saillante dans le rectum. M. Guyon, en présence des douleurs, proposa l'opération qui fut acceptée.

Opération. — Elle fut pratiquée le 29 août 1883. Le malade à ce moment était anémié, très pâle, infiltré.

Chloroformisation facile. Introduction du ballon dans le rectum très difficile, à cause de la dépression de l'intestin par la tumeur vésicale ; 350 grammes de liquide injecté dans son intérieur. Dans la vessie on pousse environ 250 grammes de la solution boriquée.

La paroi abdominale est incisée sur la ligne blanche. Le tissu graisseux sous-péritonéal découvert et repoussé vers l'angle supérieur de l'incision. On ouvre la vessie, un flot de liquide très légèrement teinté de sang s'en échappe ; le doigt, introduit dans le réservoir constate l'existence d'une masse volumineuse non pédiculée, insérée sur la paroi postérieure et le bas-fond, prédominant surtout à droite ; le col paraît sain. Avec les doigts on arrache un fragment du néoplasme du volume d'une noix environ et on essaie de racler la surface dégénérée avec la

curette de Volkmann ; mais c'est là une entreprise irréalisable, la vessie se déprimant et fuyant sous l'instrument. M. Guyon a alors l'idée de passer une anse de fil dans les lèvres de la boutonnière vésicale et de faire exercer sur elles une légère traction. Dès lors toutes les manœuvres intra-vésicales sont possibles et on peut abraser largement mais prudemment toute la masse néoplasique en relief. Le doigt promené dans l'intérieur de la vessie constate qu'il n'y a plus de tumeur l'encombrant. Peu de sang s'est écoulé pendant ce raclage : on lave abondamment la cavité de la vessie par la plaie de l'hypogastre; à la quatrième seringue de solution boriquée, le liquide est à peine teinté en rose. Tubes siphons dans l'angle inférieur de la plaie; sutures de la partie supérieure ; pansement de Lister par-dessus le tout.

Le malade, quoique très affaibli, a bien supporté l'opération; il est un peu refroidi, son pouls est cependant assez bon. On le met dans un lit chauffé et on le réconforte par quelques liquides excitants.

La journée est bonne, les tubes fonctionnent à merveille et dès le soir l'urine qui en sort ne *contient plus du tout du sang.* La nuit suivante se passe encore bien et le malade n'a plus ces épreintes, qui le faisaient tant souffrir. Cependant l'affaiblissement va croissant, le malade refuse de s'alimenter, il tombe dans la prostration et s'éteint le cinquième jour après l'opération.

Obs. XIII (relevée sur les fiches du service). — Sommaire : Troubles de la miction pour la première fois il y a six ans ; mictions fréquentes et douloureuses. Première hématurie il y a trois mois, ne dure qu'un jour. Bientôt les douleurs deviennent intolérables. Epaississement de la partie latérale gauche de la vessie, tumeur saillante du côté gauche de la vessie trouvée par le cathétérisme. Les douleurs rendent la vie insupportable, on pratique l'incision hypogastrique et on gratte le néoplasme. Plus de sang dans les urines, presque plus de douleurs. La plaie hypogastrique est maintenue béante pendant plus de deux mois. Le malade ne souffrant presque plus, on la laisse se fermer. Trois mois après l'opération, une nouvelle hématurie, indice de la récidive du néoplasme se produit. Dès lors, le malade décline rapidement et succombe. Autopsie. Néoplasme ayant envahi toute la vessie. Adhérence de l'organe au côlon.

W..., âgé de 52 ans, ferblantier, entre à la salle Saint-Vincent, lit n° 24, le 31 décembre 1883.

C'est un homme pâle, maigre, chétif ; il vient se faire soigner pour une affection chronique de la vessie.

Il ne donne aucun renseignement sur la cause de la mort de ses parents, qui ont succombé à un âge avancé.

Lui-même a toujours été vigoureux. A 26 ans il eut une blennorrhagie qui dura six semaines, et céda à un traitement par les balsa-

miques. Depuis cette époque il n'eut aucun nouvel accident uréthral.

A 28 ans, il subit un traumatisme de la région rénale. Une barre de fer lui tomba sur les reins ; il fut quelques semaines au lit, mais il ne présenta après cet accident ni hématurie, ni paraplégie. On lui mit à cette époque un cautère à l'épigastre.

A part ces deux faits, le malade ne se souvient d'aucune maladie. Ni syphilis, ni alcoolisme.

Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital, remonte à six ans.

A cette époque il eut une pleurésie, qui dura deux mois et céda à a médication révulsive par les vésicatoires.

Pendant sa convalescence, il fut pris de troubles de la miction. Les envies d'uriner étaient fréquentes et douloureuses, mais supportables. Elles étaient plus fréquentes la nuit que le jour. Les urines offraient un léger dépôt muqueux. Malgré cela le malade reprit son travail. Il alla de temps en temps consulter à l'hôpital Saint-Louis, où il fut exploré.

L'examen fut négatif. On prescrivit des capsules de térébenthine.

Il y a trois mois survint un nouvel accident. Au réveil et sans aucune cause appréciable survint une hématurie ; en même temps la miction devint extrêmement pénible, avec irradiation dans la verge et les reins.

Cette hématurie ne dura qu'un jour et disparut subitement dans la soirée. Cependant les jours suivants les envies d'uriner persistèrent fréquentes et douloureuses.

Bientôt le malade se mit de nouveau à pisser du sang le matin et rendit quelques caillots. Les urines se troublèrent rapidement et prirent une odeur fétide.

Le malade, sur le conseil d'un médecin, reprit de la térébenthine, puis il vint consulter à l'hôpital Necker, où on lui fit sans résultat quelques instillations de nitrate d'argent.

Le 31 décembre, son état ne s'améliorant pas, il se décide à entrer à l'hôpital, salle Saint-Vincent.

Il est à ce moment très amaigri et un peu cachectique. Il urine à peu près tous les quarts d'heure et a des besoins impérieux et plus fréquents la nuit que le jour. Les mictions s'accompagnent de douleurs s'irradiant dans les reins et dans la verge ; elles sont pénibles et nécessitent des efforts considérables, de la part du malade.

L'urine rendue est trouble et laisse déposer une épaisse couche purulente. Dans ce dépôt se trouvent des détritus grisâtres et quelques caillots. Acide au moment de son émission, l'urine répand très vite une odeur infecte de macération. L'examen microscopique de ce dépôt ne fait pas découvrir de bacilles. Les grumeaux sont formés de cel-

lules épithéliales granuleuses, agglutinées dans un magma (fibrineux ?) dont on ne peut déterminer la nature exacte.

Par le toucher rectal, on constate une légère augmentation de volume de la prostate, sans bosselures. La partie latérale gauche du bas-fond de la vessie est épaissie, indurée. Cette lésion se reconnaît beaucoup mieux en combinant la palpation hypogastrique avec le toucher rectal.

Le canal est sain. L'exploration de la vessie, pratiquée par M. Guyon, donne les renseignements suivants. La vessie est très grande ; le col est un peu plus épais à gauche ; le bas-fond est le siège d'un léger relief inégal, mais peu prononcé du côté gauche ; le côté droit est sain. Cet examen n'augmente pas les douleurs du malade et n'est pas suivi d'hématurie.

L'ensemble des autres organes ne fait constater aucune altération.

M. Guyon porte le diagnostic de « néoplasme diffus du bas-fond de la vessie ».

Le malade est tenu en observation, pendant tout le mois de janvier. On institue un traitement palliatif, dont la base est la morphine administrée en injections sous-cutanées. De très fortes doses de ce médicament n'amènent aucune sédation des symptômes, et le patient réclame à tout prix une opération.

Avant d'intervenir on prescrit des instillations de nitrate d'argent (solution à 1/30 — XXX gouttes) à vessie vide. Cinq de ces instillations sont pratiquées, mais ne produisent aucun apaisement des douleurs ni aucune modification des urines, qui sont toujours fétides et purulentes.

En présence de ces insuccès M. Guyon pratique l'incision hypogastrique, le 13 février 1884.

Opération. — Préparatifs ordinaires de la taille sus-pubienne, c'est-à-dire : chloroformisation ; ballonnement du rectum (600 grammes de liquide) ; distension de la vessie (notons que 160 grammes de la solution borique ont suffi pour déterminer le gonflement et la saillie de la vessie). Cela fait on pratique sur la ligne blanche une incision de 6 centimètres, empiétant en bas sur la symphyse du pubis ; le tissu jaune sous-péritonéal reconnu, on le décolle et on le refoule avec l'index dans l'angle supérieur de la plaie. La vessie est ouverte et les lèvres de l'incision maintenues par les deux fils ordinaires, on tombe alors immédiatement sur une tumeur diffuse occupant tout l'angle latéral gauche de la vessie et une partie de la face antérieure et de la face postérieure ; cette masse est hérissée de mamelons saillants dans la cavité vésicale. Grattage avec la curette de Volkmann et extraction d'une certaine quantité de tissu cérébroïde. Après le grattage, l'index introduit sur la surface d'implantation constate une induration de la paroi

vésicale. Très peu de sang s'est écoulé et aussitôt la suppression du ballon rectal et quelques lavages boriques par la plaie hypogastrique, tout écoulement sanguin s'arrête.

On procède au pansement : deux points de suture profonde réunissent la partie supérieure de l'incision ; les deux tubes siphons adossés et fixés à la boutonnière abdominale assurent l'écoulement des urines et les lavages ultérieurs.

Vaste pansement de Lister par-dessus le tout.

Les tubes ont laissé couler une urine très légérement rosée ; le pansement étant un peu mouillé, on le change le soir. La température est à 37°. Le malade souffre beaucoup moins qu'avant l'opération. On pratique cependant pour la nuit une injection hypodermique de 0,01 centigramme de morphine.

14 février. La nuit a été bonne et le malade a pu prendre un peu de sommeil. Il se sent très soulagé au point de vue des douleurs et la miction ne s'accomplissant plus par l'urèthre il n'a plus ces atroces douleurs d'avant l'opération. L'urine, qui s'écoule par les tubes, est absolument claire et limpide.

[Je passe sur les détails quotidiens de l'observation, qui peuvent se résumer ainsi : pansement renouvelé une ou deux fois par jour suivant les besoins ; fonctionnement parfait des tubes ; urines claires, ne renfermant plus trace de sang ; disparition presque absolue des douleurs, cependant par prévision deux injections de morphine (0,01 centigrade chaque) par jour.]

L'opération ayant été faite en vue de combattre le symptôme douleur, lès tubes sont laissés dans la plaie de l'hypogastre jusqu'au 16 avril ; dans cet intervalle le malade a pu se lever, s'asseoir dans un fauteuil, et grâce à l'application des lèvres de la plaie sur les tubes, il est peu mouille, ceux-ci plongeant dans un urinal. A ce moment on les supprime et on les remplace par une sonde à demeure. Celle-ci fonctionne bien, le malade ne souffre pas plus que lorsqu'il avait les tubes siphons ; dès lors la plaie de l'hypogastre marche rapidement vers la cicatrisation et le 30 avril il ne reste plus qu'une petite fistule.

Toujours très peu de douleur, cédant complètement à la morphine. Plus trace de sang dans les urines.

7 mai. A la suite d'une injection intra-vésicale poussée un peu fortement, quelques gouttes d'urine s'écoulent par la fistule. Toujours peu de sang dans les urines et peu de douleurs.

25 mai. On enlève la sonde à demeure et on recouvre la plaie hypogastrique de bandelettes de diachylon entre-croisées. Ce pansement reste plusieurs jours en place, sans qu'il y ait d'écoulement par la fistule.

Le malade urine volontairement sans grande douleur.

30 mai. Le soir de ce jour le malade a pour la première fois depuis

l'opération du sang dans ses urines. Il est intimement mélangé avec elles et est peu abondant. Le malade n'éprouve pas plus de douleurs que les jours précédents. En présence de ce phénomène M. Guyon pense à une récidive du néoplasme.

Les urines restent sanglantes pendant deux jours. A ce moment, le trajet fistuleux de l'hypogastre se rouvre ; on remet la sonde à demeure. W... n'a presque pas de douleurs, plus de ténesme vésical, plus d'épreintes ; mais il est extrêmement faible ; il a beaucoup maigri et refuse de prendre les médicaments reconstituants qu'on lui prescrit, en particulier la poudre de viande. L'adynamie se prononçant de plus en plus, le malade s'éteint sans souffrir le 9 juin.

Autopsie. — On n'a trouvé aucune lésion digne d'être notée du côté des autres organes internes, mais du côté du petit bassin on constate des faits intéressants. La vessie adhère fortement à l'S iliaque de telle sorte qu'il est impossible de l'enlever sans enlever en même temps cette portion de l'intestin.

Les parois des deux organes au niveau de leur adhérence sont indurées et épaissies. Le rectum est libre et sain, rien dans le petit bassin n'indique une propagation aux organes voisins. La fistule vésico-hypogastrique se réduit à un trajet du volume d'un porte-plume environ et ses parois ne sont pas envahies par le néoplasme. A l'ouverture de la vessie, la plus grande partie du réservoir apparaît couverte de végétations irrégulières lui donnant tout à fait l'aspect d'un chou-fleur. Ces végétations prédominent sur la paroi latérale gauche, mais elles s'étendent aussi du côté droit et occupent également le bas-fond, le trigone et la paroi postérieure.

Rien à noter du côté du col qui est sain, ni du côté de l'urèthre. Les uretères sont simplement un peu plus volumineux qu'à l'état normal, mais ils ne sont pas envahis par la dégénérescence. Les reins sont le siège de petits abcès répandus dans la substance médullaire.

L'*examen histologique* de la masse végétante, pratiqué par mon ami Launois, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé.

Obs. XIV (Communiquée par mon excellent ami le Dr Bazy, chef de clinique de la Faculté). — Début par une hématurie il y a vingt-deux ans. Ces hématuries se répètent irrégulièrement pendant cette longue période ; jamais de douleurs. Néoplasme du bas-fond. Dilatation de l'urèthre, curage de la vessie. Mort d'infiltration d'urine le lendemain. Autopsie.

D... (Joséphine), 72 ans, blanchisseuse, entre le 10 août 1883 à la salle Notre-Dame, Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Richet.

Cette femme, avant l'affection dont elle est atteinte actuellement, n'a jamais fait de maladie. Elle a eu quatre enfants, le dernier à l'âge de 36 ans ; ménopause vers l'âge de 50 ans.

C'est à cette époque que remonte le début de son affection, c'est-à-dire il y a vingt-deux ans.

Elle fut prise alors d'hématuries abondantes ; le sang venait mêlé à l'urine, elle rendait aussi des caillots par l'urèthre ; ces hématuries duraient de huit jours à un mois et la jetaient dans un état d'affaiblissement considérable. A différentes reprises, ce symptôme se répéta, laissant entre chacune un intervalle de plusieurs mois.

Entre temps, l'urine était rendue tantôt verte, tantôt jaune. Notons qu'en même temps, la malade n'avait ni d'envies fréquentes d'uriner, ni de douleur en urinant.

Il y a six ans, elle eut une hémorrhagie très forte, rendit de nombreux caillots et tomba dans une anémie profonde.

Depuis trois à quatre mois l'état s'est considérablement aggravé ; l'urine est d'un brun sale, épaisse, sanguinolente et d'une odeur qui rappelle la macération anatomique. Les mictions sont douloureuses depuis quatre ou cinq mois, elles sont très fréquentes et impérieuses ; obligée d'y satisfaire tous les quarts d'heure, aussi bien la nuit que le jour, la malade est depuis longtemps privée de sommeil.

Les forces ont décliné rapidement depuis trois mois et l'amaigrissement est extrême. La malade se plaint de la soif, de la perte d'appétit ; à deux ou trois reprises elle a eu des vomissements ; langue blanche, un peu sèche. Parfois de petits frissons. Le teint depuis trois mois est devenu jaune. Pas de douleur spontanée dans la région lombaire ; mais en pressant sur le flanc gauche de façon à palper le rein gauche, on provoque une douleur assez vive.

Par le toucher vaginal, le bas-fond de la vessie paraît induré, épaissi. Une sonde introduite par l'urèthre dans la vessie est difficilement perçue par le doigt placé dans le vagin.

La palpation par l'hypogastre fait sentir une saillie globuleuse arrondie, légèrement fluctuante ; c'est la vessie modérément distendue par l'urine. Par la sonde, il s'écoule un peu d'urine vert noirâtre, d'une odeur gangreneuse infecte.

14 août. Opération ; chloroforme ; position du spéculum.

Dilatation de l'urèthre à l'aide du dilatateur d'Huguier. Écoulement de 120 grammes environ d'urine verdâtre, d'une odeur infecte et de plusieurs fragments de tissu gangrené du volume d'une petite noisette.

L'index ne peut être introduit, bridé qu'il est par un cercle fibreux de l'orifice de l'urèthre. Deux incisions latérales obliques ; introduction dès lors facile de l'index ; le col résiste un peu, je le distends encore. Je constate des irrégularités en arrière de sa lèvre postérieure, puis sur la paroi postérieure au voisinage du fond, une petite tumeur que je saisis avec le doigt retourné en crochet et que j'arrache.

Ayant introduit le dilatateur, je fais des injections d'acide borique 4 0/0); rien ne revient; ayant sous la main le gorgeret à curette pour la taille, j'extrais les débris. Peu de sang.

La malade est rapportée dans son lit. Les manœuvres ont duré environ 30 minutes.

Je recommande de faire des injections dans la vessie avec une grosse sonde plusieurs fois dans la journée. Malheureusement l'infirmière croit que j'ai dit de la faire dans le vagin. Le soir à quatre heures grand frisson.

Le 15. Température 38.8. Vomissements toute la nuit. Incontinence complète des urines. Je fais des lavages de la vessie, le liquide sort à peine teinté.

Il existe une légère douleur contusive ; mais plus d'envies d'uriner et partant plus de douleur.

Mort à quatre heures du matin.

Autopsie. — Rien ailleurs que dans les organes génito-urinaires et le péritoine. Intestins dilatés, non injectés, un verre de liquide purulent dans le petit bassin.

Le tissu cellulaire prévésical est infiltré de pus. Cette infiltration occupe toute la paroi antérieure, et tend à s'étendre sur la paroi latérale gauche.

Pas de perforation vésicale ; pas de déchirure du péritoine en aucun point.

L'infiltration purulente est plus considérable au voisinage de la paroi antérieure de l'urèthre ; elle prend en ce point une coloration brunâtre par son mélange avec le sang. J'ai cherché une déchirure de l'urèthre ; il m'a été impossible de la trouver; mais c'est évidemment là la cause de l'infiltration.

La vessie est enlevée avec le rein. Elle est ouverte par la face antérieure et nous constatons les lésions suivantes :

Epaississement très notable des parois, qui mesurent près d'un centimètre ; la coupe de la paroi rappelle celle des vieilles vessies de rétrécis ou du muscle grand fessier. Pas de péricystite. La muqueuse est d'un blanc rosé et ne présente aucune trace d'altération, si ce n'est sur sa paroi inférieure, où l'on voit les vestiges de l'implantation de la tumeur, sous forme d'une surface avivée de deux ou trois centimètres dans tous les sens. A ce niveau la paroi vésicale est peu amincie et il n'y a aucune menace de perforation.

Les uretères sont épaissis et dilatés ; leurs parois mesurent près de trois millimètres d'épaisseur.

Les reins présentent les ulcérations de la néphrite interstitielle secondaire : calices et bassinets très dilatés ; capsule se détachant très difficilement. La substance corticale et médullaire a un aspect bleu

jaunâtre ; pas d'abcès miliaires ; ces lésions se rapprochent plus de celles du gros rein blanc, que de celles de la néphrite suppurative ; quelques petits kystes dans la substance corticale. Les altérations sont plus prononcées à droite qu'à gauche, contrairement à ce qu'on aurait pu supposer pendant la vie.

Obs. XV (Communiquée par mon excellent collègue Leprévost). — Sommaire : Début par des douleurs très violentes il y a huit mois. Hématuries peu abondantes. Dilatation de l'urèthre. Curage de la vessie. Tubes dans l'urèthre pour supprimer les fonctions de la vessie. Amélioration sensible. La malade quitte l'hôpital et succombe trois mois après l'opération aux progrès de la cachexie.

Mme P... (Marie), âgée de 44 ans, se présente à l'hôpital Necker le 8 mars 1884, afin d'y être traitée pour une affection vésicale dont elle souffre depuis plusieurs mois. Elle est placée dans le service de M. le professeur Guyon, salle Sainte-Cécile, nº 15.

Dans la journée qui suivit son admission, cette malade donna des signes non équivoques d'un désordre des facultés mentales. Elle se montre inquiète, anxieuse, se croit persécutée ; elle pousse des cris incessants, se lève à tout instant, refuse de manger, rien ne peut la calmer. Plusieurs injections de morphine (de 0 gr. 005 chacune) ne lui procurent aucun soulagement et la nuit entière se passe dans l'insomnie. Le lendemain elle quitte l'hôpital, emmenée par sa famille, malgré l'avis de M. Guyon.

Elle entre de nouveau à la salle Sainte-Cécile le 11 mars, lit nº 16. Elle est un peu plus calme que lors de son premier séjour dans le service ; mais son esprit est encore troublé et il est difficile d'obtenir d'elle une réponse précise aux questions qu'on lui adresse. Ses réponses sont parfois contradictoires et nous avons dû recourir à son mari pour avoir des renseignements, qu'il n'a pu malheureusement nous donner que fort incomplets.

Mme P... est employée dans l'administration du timbre. Dans ses antécédents morbides, tant personnels qu'héréditaires, nous ne trouvons rien à noter qui puisse avoir trait à l'affection qui l'amène à l'hôpital. Elle a eu des fièvres intermittentes il y a dix-huit ans. En 1882, elle a pris une fièvre scarlatine qui a guéri rapidement, et ne paraît avoir eu aucun retentissement sur les reins. Elle n'a jamais eu de grossesse et a toujours été bien réglée jusqu'au mois de juillet 1883.

Sa mère est encore vivante, son père est mort à l'âge de 58 ans d'une maladie aiguë. Dans sa famille il n'y a jamais eu d'aliénés, et elle-même ne présente le nervosisme exagéré que nous avons signalé, que depuis

quelques mois. Ce dérangement mental, nous a dit le mari, serait venu à la suite de vives et intolérables souffrances éprouvées par la malade.

Ces douleurs sont apparues il y a huit mois; c'est à l'époque ou un peu avant la cessation des règles qu'elles ont été observées pour la première fois. D'abord peu intenses, elles sont devenues depuis très vives au point d'entraîner une insomnie presque complète. Elles siègent dans la région hypogastrique, se propagent vers la racine des cuisses et surtout dans la région lombaire. Elles sont constantes, mais sujettes à des exacerbations fréquentes. La malade a remarqué que chaque jour elles redoublaient d'intensité vers quatre heures du soir, pour se calmer un peu le matin vers six heures. Pendant tout ce temps, la malade souffre affreusement au point de pousser des cris. Elle s'agite dans son lit, ne peut tenir en repos, se lève, marche, se couche sur le côté, sur le dos sans pouvoir trouver de soulagement dans une attitude quelconque. C'est surtout au moment ou plutôt après la miction que les douleurs sont intolérables. Au début, les mictions fréquentes le jour étaient assez rares la nuit; la malade se levait seulement 4 ou 5 fois, mais actuellement elles sont devenues beaucoup plus fréquentes et aussi plus impérieuses, si bien que la malade urine à peu près toutes les cinq minutes au prix des plus vives souffrances. Elle ne peut uriner dans le décubitus dorsal et prend parfois des attidudes singulières, nous l'avons vue s'appuyer sur les genoux et les coudes et faire des efforts considérables pour uriner sans pouvoir y parvenir. C'est qu'en effet ses urines contiennent souvent des caillots sanguins ou des masses glutineuses qui forment bouchons et qui, en se présentant au col, arrêtent momentanément le cours des urines. Sous l'influence de ces efforts, des hémorrhoïdes se sont développées et donnent lieu à une sorte de ténesme rectal très douloureux et à de faux besoins de défécation. Depuis quelques jours la diarrhée a remplacé une constipation opiniâtre.

La malade est tourmentée depuis cinq ou six jours par de l'incontinence d'urine. L'urine s'échappe spontanément, aussi est-il impossible de la recueillir en totalité, pour apprécier la quantité de l'excrétion quotidienne. Cette urine est jaune verdâtre, visqueuse, assez semblable à de la bile, elle présente une odeur fortement ammoniacale. Souvent elle est colorée en rouge, parfois même la malade a uriné du sang pur. Ces hématuries se sont montrées pour la première fois il y a environ quatre mois; elles se sont reproduites à des intervalles plus ou moins rapprochés. A l'heure présente, on les observe chaque jour. Elles n'ont jamais été très abondantes et le mari de la malade estime à environ un verre de sang les hématuries les plus abondantes qui se sont produites.

L'analyse de l'urine montre qu'elle est très alcaline et très ammonia-

cale ; qu'elle contient du sang et conséquemment de l'albumine en notable quantité. Elle ne renferme pas de mucus.

La malade est très cachectique, elle a maigri considérablement, elle a perdu ses forces et se traine avec peine, le corps fléchi en avant, les jambes écartées. Jusqu'à ces derniers temps l'appétit était conservé, mais depuis quinze jours environ la malade a cessé de manger, en même temps qu'une diarrhée rebelle s'est montrée et que les hématuries sont devenues plus abondantes.

Depuis le début de sa maladie, Mme P... a été soumise à de nombreux traitements, soit locaux, soit généraux : le bromure de potassium à hautes doses, la térébenthine et les divers balsamiques, les diurétiques sous toutes leurs formes lui ont été administrés. L'emploi de liniments calmants sur l'abdomen et à la vulve qui est le siège de démangeaisons incessantes, lui a été très utile. Il n'en est pas de même des lavages intravésicaux, qui ont été essayés à diverses reprises et qui ont toujours réveillé les plus vives douleurs.

Afin de compléter l'examen, M. Guyon a fait administrer du chloroforme à la malade et a pu ainsi pratiquer l'exploration de la vessie par le vagin d'abord, puis à l'aide d'un cathéter introduit dans la vessie. Le toucher vaginal montre que la paroi inférieure de la vessie dans toute la partie accessible en arrière et sur les côtés, est notablement indurée et épaissie. Elle est assez égale cependant et ne présente pas de bosselures bien nettes. L'utérus est mobile et sain. En combinant le palper abdominal au toucher par le vagin, on ne trouve point de tumeur nettement appréciable et saisissable entre les deux mains. A l'orifice de l'urèthre, on trouve une petite végétation polypiforme, mais ce conduit est d'ailleurs sain.

Le cathéter explorateur métallique introduit dans la vessie, trouve celle-ci très étroite, peu dilatable. Ses parois sont indurées, rugueuses, surtout à gauche, mais on n'y rencontre point de tumeur pédiculée. Il s'agit évidemment d'un néoplasme vésical, mais il est diffus et s'étale dans l'épaisseur de la paroi inférieure. L'explorateur, à sa sortie, entraine une masse grisâtre, sorte de détritus mou, qui se laisse facilement écraser sous le doigt et exhale une odeur infecte. L'examen microscopique de ces débris pratiqué par M. Launois a révélé qu'ils provenaient d'un épithélioma.

En présence des symptômes très douloureux présentés par la malade et qui rendaient son existence tout à fait intolérable, M. Guyon se décida à intervenir. Après avoir discuté dans une de ses cliniques la meilleure voie à suivre pour arriver par le néoplasme, il se décida pour ce cas particulier à dilater l'urèthre et à placer ensuite deux tubes accolés en canon de fusil dans son intérieur ; l'incision hypogastrique également recommandable chez la femme, parce qu'elle assure comme

chez l'homme mieux que toute autre opération; l'extirpation des tumeurs de la vessie et le repos de l'organe était impraticable chez cette malade indocile et agitée. Elle aurait assurément défait son pansement et facilité ainsi l'éclosion de complications redoutables (cellulite pelvienne, infiltration d'urine).

Opération. — Le 12 mars, la malade est endormie. L'urèthre est dilaté au moyen de l'instrument de M. le professeur Guyon, qui introduit successivement tous les mandrins. Le doigt conduit alors dans la vessie s'assure de l'exactitude du diagnostic. Alors à plusieurs reprises on gratte la surface du néoplasme à l'aide de la curette de Volkmann et on retire une certaine quantité d'un tissu fongoïde, gris rougeâtre. L'opération est conduite prudemment et le doigt introduit souvent dans la vessie rend possible le travail de la curette. On s'arrête lorsqu'on juge, qu'il y aurait danger à continuer plus longtemps le curage. Il ne s'écoule qu'une quantité minime de sang, et après quelques lavages à l'acide borique, le liquide revenait parfaitement incolore du réservoir. On plaça à ce moment les deux tubes accolés dans l'urèthre et ils furent maintenus par un bandage approprié dans la cavité de la vessie.

Dans la journée la malade fut plus calme; elle souffrait moins qu'avant l'opération et semblait devoir être plus raisonnable. Elle n'eut du reste pas de fièvre le soir.

13 mars. — Nuit un peu agitée; la malade recommence à se tourmenter; elle avoue cependant avoir moins de douleur: Les urines ne contiennent plus de sang. Les tubes fonctionnent très bien.

Le 15. La malade est devenue aussi indocile qu'avant l'opération, elle exige l'enlèvement des tubes, les urines dès lors s'écoulèrent continuellement, souillèrent ses vêtements et devinrent une nouvelle cause de tourment. Toutefois elles ne contenaient plus de sang et la malade n'avait pas ces grandes douleurs, qui autrefois accompagnaient chaque miction. La malade était incontestablement améliorée, mais elle s'ennuyait à l'hôpital, loin de son mari, son état mental ne s'était nullement modifié et le 25 mars, elle voulut quitter l'hôpital.

D'après les renseignements, qui nous ont été donnés, les douleurs n'ont pas tardé à reparaître, lorsque le sphincter récupérant ses fonctions, la vessie a repris sa contractilité. Les lésions firent d'ailleurs de rapides progrès; la malade s'affaiblit de plus en plus, maigrit, se cachectisa et finit par mourir deux mois environ après sa sortie de l'hôpital.

L'autopsie ne fut pas faite, mais voici le résultat de l'examen histologique des fongosités pratiqué par notre collègue Launois, qui a bien voulu nous communiquer la note suivante.

Des fragments ont été dissociés et examinés soit sans coloration, soit après coloration par le picro-carmin.

Dans la première série de préparations colorées on trouve des cris-

taux de phosphate ammoniaco-magnésiens et de fines granulations grisâtres d'urate de soude, des globules rouges de sang, des gouttes d'huile et enfin des éléments cellulaires aplatis à contour assez irrégulier.

Dans la seconde série, après la coloration on distingue, indépendamment des globules, des cristaux, des masses de fibrine, des noyaux fortement colorés en rouge. Ces noyaux sont plus apparents encore, si on a recours à un fort grossissement (ocul. I. obj. VIII). Ils correspondent à des cellules épithéliales plates ayant un protoplasma granuleux, elles ont en général de grandes dimensions ; quelques-unes d'entre elles sont repliées sur leurs bords. Leur forme varie ; quelques-unes sont en raquette ; d'autres moins volumineuses sont arrondies et serrées les unes contre les autres. Quelques noyaux présentent deux nucléoles bien nets.

Il nous semble que les cellules plus petites et plus serrées proviennent des portions molles et rougeâtres des fongosités; les portions plus résistantes contenaient surtout les grandes cellules plates que nous avons décrites.

TABLEAU résumant 35 observations d'opérations de tumeurs de la vessie chez l'homme.

Nos d'ordre.	INDICATIONS bibliographiques	AGE du malade.	DATE du début de la maladie.	Principaux symptômes observés.	Nature, volume Point d'implantation supposé de la tumeur.	Voie et nature de l'opération.	Nature histologique de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières.
1	Desault cité par Jourdan à l'article ischurie du Dict. en 60.	»	»	Le malade avait un calcul, la tumeur fut reconnue au cours de l'opér.	»	Taille périnéale.		Guérison.
2	Covillard, mentionné par Crosse in treatise on the formation of urinary Calculi, 1835.	»	»	»	»	Taille périnéale.		Observation très incomplète. Crosse rapporte le texte de Covillard : « Je la mouchai avec les tenettes, ce qui réussit, de sorte qu'en moins de huit ou dix jours la dite tumeur termina par suppuration. » Un mois après, le malade était convalescent.
3	Crosse, Treatise on the formation of urinary Calculi, 1835.	2 ans	»	»	»	Taille mediane. On n'enleva que les parties superficielles de la tumeur; la base très large ne permit pas de pousser plus loin l'opération.	»	Mort après 44 heures de grandes souffrances.
4	Gersuny, Arch. f. klin. Chir. Bd 13, p. 131, 1872.	49	»	»	»	Taille périnéale. La tumeur était hors d'atteinte dans un diverticulum et l'opération dut être abandonnée.	»	Les jours suivants, le malade alla mieux qu'avant l'opération; il ne se plaignit d'aucune douleur, mais refusant toute nourriture, il s'affaiblit graduellement et mourut le sixième jour.
5	Fergusson.	»	»	Calcul, tu-	»	Taille péri-	»	Guérison.

	Billroth.			induit un médecin en erreur.		cause du volume énorme de la tumeur égale au poing.		l'opération.
7	Volkmann, Arch. f. klin, Chir. 1876, vol XIX, p. 682.	54	2 ans	Dysurie et même strangurie à diverses reprises.	»	Taille périnéale pour s'assurer de l'implantation, puis taille hypogastrique.	Myôme.	Mort de péritonite et de cellulite pelvienne le 3e jour.
8	Kocher (de Berne), Central. blatt f. Chir. 1876, p. 193.	31	6 mois.	Miction fréquente, hématurie, odeur insupportable des urines.	Fragments rendus pendant la vie avaient fait porter le diagnostic de tumeur papillaire.	Périnéale de Nélaton avec incision supplémentaire longitudinale en T. grattage énergique de la paroi.	Tumeur papillaire.	Guérison persistait encore 15 mois après.
9	Humphry (de Cambridge), in British medical Journ. 1878, t. II, p. 369.	21	»	Douleurs excessives hématuries.	»	Taille latérale. Extirpation avec les doigts et des pinces.	»	Guérison se maintenait six mois après. La douleur, d'abord disparue, revint le deuxième jour après l'opération et ne fut calmée que par de fortes doses de morphine. Après un mois, la douleur se calma, et la plaie se cicatrisa.
10	Davies Colley, in British med. Journ., 25 déc. 1880.	32	»	»	»	Tailles latérales. On ne sentit d'abord rien; ayant enfin rencontré la tumeur, on l'attira au dehors avec une anse de fil, et on coupa son pédicule aux ciseaux.	Champignon fibreux, large d'un sixième de pouce et long de deux pouces. Surmonté de filaments contenant des capillaires entourés de plusieurs couches épithéliales.	Guérison. En deux semaines, la plaie du périnée se ferma. Deux mois après, le malade jouissait de la meilleure santé.

Nos d'ordre.	INDICATIONS bibliographiques	AGE du malade.	DATE du début de la maladie.	Principaux symptômes observés.	Nature, volume Point d'implantation supposé de la tumeur.	Voie et nature de l'opération.	Nature histologique de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières
11	Marcacci, la Sperimentale 1881, XLVI, p. 350.	55	»	»	Tumeur reconnue à l'aide de l'éclairage à la lumière au magnésium.	Incision hypogastrique. Tumeur remplissant toute la vessie, on fit la suture des parois.	»	Tout alla bien pendant quelques semaines; le malade mourut deux mois après d'infiltration d'urine dans le petit bassin et de péritonite. L'auteur pense que cet accident est dû à la résorption trop rapide des fils du catgut ayant eu lieu avant la consolidation de la cicatrice.
12	Berkeley Hill, British medical Journal, 14 mai 1881.	63	»	»	»	Taille latérale. Incision faite non dans l'espoir de guérir le malade, mais pour enlever la partie la plus saillante de la tumeur.	Epithéliome.	Mort le 3e jour.
13	Morgan; the Lancet, 16 sept. 1882.	65	15 ans.	Douleur après la miction, hématurie.	Caillot fibrineux, pas de cellules épithéliales caractéristiques.	Taille périnéale.	Papillome.	Mort? c'est probablement de ce malade que provenait la pièce que M. Morgan montra à la pathological Society of London, dans la séance du 15 mai 1883.
14	Henry Thompson, Communication à la Royal med and chir. Society, in the Lancet, juin 1883, p. 1,045.	29	3 ans 1/2	Hématurie. L'opération fut entreprise pour un calcul que l'on supposait enkysté.	»	Boutonnière périnéale.	Papillome, calcul d'oxalate avec enveloppe phosphatique et calcaire.	Guérison.
								Mort peu de jours après

					formes.			depuis pas d'hématurie.
17	Id.	67	6 ans.	Hématurie.	Débris de tumeur renfermant des cellules fusiformes.	Boutonnière périnéale.	Papillome. Petit calcul d'acide urique.	Retourné au Cap; récidive probable
18	Id.	67	3 ans	Hématurie.	Nombreuses cellules fusiformes.	Boutonnière périnéale.	Epithélioma villeux.	Récemment signes de récidive.
19	Id.	63	7 ans	Hématurie.	Signes manifestes de tumeur villeuse.	Boutonnière périnéale.	Papillome villeux.	Guérison.
20	Id.	64	1 an	Hématurie.	Jamais de dépôt caractéristique dans l'urine.	Boutonnière périnéale.	Tumeur formée du tissu normal de la vessie, avec structure villeuse. Rien ne rappelle la structure d'une tumeur maligne.	Mort deux mois après avec une tumeur secondaire maligne dans la cuisse.
21	Id.	53	2 ans 1/4	Miction fréquente et douloureuse. Hématurie en dernier lieu.	Jamais de débris caractéristiques.	Boutonnière périnéale.	Cancer villeux.	Mort peu de jours après l'opération.
22	Id.	65	1 an	Hématurie dans ces derniers temps.	Nombreuses cellules longues.	Boutonnière périnéale.	Tissu semblable à celui des parois de la vessie; quelques tumeurs villeuses à sa surface.	Mort quatorze jours après l'opération par épuisement.
23	Id.	65	2 ans	Douleur, puis hématurie.	Rien dans les urines.	Boutonnière périnéale. La tumeur n'est pas opérable.	Une partie enlevée et examinée montre qu'il s'agit d'une hypertrophie du tissu sous-muqueux de la vessie, pas de tumeurs villeuses.	Le malade va bien; les symptômes ont disparu, probablement à cause du drainage de la vessie.

Nos d'ordre.	INDICATIONS bibliographiques	AGE du malade.	DATE du début de la maladie.	Principaux symptômes observés.	Nature, volume Point d'implantation supposé de la tumeur.	Voie et nature de l'opération.	Nature histologique de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières.
24	Rauschenbusch. Dissert. inaugurale. Halle 1882; résumée en Centralblatt f., chir. 1883, p. 8, et dans Arch. de méd. Avril 1883, p. 490.	43	6 mois	Hématurie.	Fragments expulsés, très lacérables, formés de vaisseaux entourés de tissu cellulaire très mince et recouverts de couches épaisses d'épithélium.	Incision périnéale. Torsion du pédicule.	»	La guérison se maintenait un an après la guérison.
25	Ranschoff, Medical News, 10 février 1883, et Arch. gén. de méd. Août 1883, p. 217.	»	»	Tenesme vésical et rectal; miction fréquente et douloureuse. Hématurie.	Cystite intense. Urine purulente.	Taille latérale. Grattage avec la curette de Volkmann.	Papillome bénin.	Guérison. Au bout d'un an le malade allait encore bien, l'urine avait repris ses caractères normaux et les mictions étaient régulières.
26	Whitehead, The Lancet, 6, 12 et 20 oct. 1883.	70	9 ans	Hématurie. Douleur.	Fragments de tumeurs dans l'urine.	Boutonnière périnéale. Extirpation de la tumeur avec les doigts et la cuillère tranchante.	Tumeurs villeuses multiples sur le trigone.	Guérison se maintenait huit mois après l'opération.
27	Id.	57	1 an	Hématurie. Douleur et fréquence de la miction.	»	Boutonnière périnéale. Extirpation avec les doigts.	Epithélioma villeux.	Mort trois mois après, mais cessation des hématuries.
28	Id.	44	5 ans	Hématurie, pas de douleurs.	Pas de fragments dans les urines.	Boutonnière périnéale, la tumeur est enlevée avec les pinces et la curette	Tumeur très molle ressemblant au tissu de granulations.	Hémorrhagie pendant l'opération, arrêtée par la solution de perchlorure de fer. Guérison se maintenait huit mois après l'opération. Le

				leurs à l'hypogastre; douleur au périnée pendant la défécation.				A l'autopsie on trouva de la pyélonéphrite et un gros rein blanc.
30	P. Bazy; Soc. de chir., 1883 et Annales des maladies des organes génito-urinaires, sept. et octobre 1883.	47	6 mois	Douleurs intolérables, hématurie.	Large base d'implantation sur le bas-fond et le côté gauche de la vessie.	Incision hypogastrique.	Epithélioma pavimenteux tubulé.	Cessation des hématuries et des douleurs. Mort d'affaiblissement graduel six mois et demi après l'opération.
31	Henry Thompson, C. R. de la Société pathologique de Londres, in the Lancet, 9 février 1884, page 253.	44	6 ans	Hématurie.	»	Boutonnière périnéale.	Masses polypeuses.	Grande amélioration, le malade peut se lever et se promener. Récidive quelque temps après.
32	Guyon. (inédite).	59	9 mois	Hématurie abondante. Douleurs intenses.	»	Incision hypogastrique. Raclage a la curette.	Myxomes.	Le malade souffre moins les jours suivants. Le sang disparaît complètement des urines. mais l'adynamie était profonde et la mort arrive sans secousses le cinquième jour.
33	Guyon. (inédite).	58	8 mois	Hématurie, pas ou très peu de douleur.	Induration de la paroi postérieure de la vessie du côté droit. Par le cathétérisme on sent une tumeur implantée sur le côté droit du col et empiétant sur le bas-fond.	Incision hypogastrique. Raclage.	»	Pendant trois mois, le sang disparaît complètement des urines, qui ont repris tous leurs caractères. Le malade ayant l'illusion d'une guérison définitive a pu reprendre ses occupations. Cependant le sang reparaît dans les urines; il devient abondant et le malade rentre à l'hôpital.

Nos d'ordre.	INDICATIONS bibliographiques	AGE du malade.	DATE du début de la maladie.	Principaux symptômes observés.	Nature, volume Point d'implantation supposé de la tumeur.	Voie et nature de l'opération.	Nature histologique de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières.
33 bis	Guyon (inédite). Même malade que le précédent. Récidive.	»	»	»	»	Nouvelle incision hypogastrique, ablation de la tumeur avec l'anse galvanique.	Papillome.	Le malade était presque exsangue, au moment de l'opération. Il supporta toutefois bien les manœuvres; mais mourut d'épuisement le troisième jour. Le sang avait complètement disparu des urines.
34	Guyon (inédite).	68	3 ans	Hématurie douleurs intolérables.	Toucher rectal négatif; cathétérisme dénote un épaississement et une induration de toute la paroi inférieure.	Incision hypogastrique. Curage.	»	Le sang disparaît des urines immédiatement après l'opération. Les douleurs cessent; mais le malade s'éteint par les progrès de l'adynamie le quatrième jour après l'intervention.
35	Guyon (inédite).	52	6 ans	Hématurie douleurs très intenses	Toucher rectal, induration de la partie latérale gauche de la vessie par le cathétérisme relief et inégalités du basfond à gauche.	Incision hypogastrique. Curage.	Epithélioma tubulé.	Les douleurs ont cessé immédiatement après l'opération. La fistule a été maintenue pendant deux mois. Au bout de ce temps l'hématurie s'est reproduite indiquant une récidive du néoplasme. Mort par cachexie, trois mois après l'opération, sans réapparition des douleurs.

Nos d'ordre.	INDICATIONS bibliographiques.	AGE de la malade.	DATE du début de la maladie.	Symptômes fonctionnels.	Signes physiques	Nature de l'opération.	Nature de la tumeur.	RÉSULTATS Observations particulières.
1	Warner, Cases in Surgery, 4e édit. 1784, et Philosophical Transactions, 1790.	23	3 ans.	Impossibilité d'uriner sans sonde. Hématurie.	Parfois le polype se montrait à l'orifice de l'urèthre.	Incision sur le côté gauche de l'urèthre Tumeur attirée au dehors au moyen d'un fil passé à sa base. Ligature. Le sixième jour chute de la tumeur qui est du volume d'un œuf de dinde.	Polype ?	Guérison.
2	Lecat, in urinary organs de Howship, 1823.	»	»	»	»	Ouverture de la vessie ? Extraction et écrasement d'un fongus avec une pince à deux reprises.	Fongus ?	Mort le deuxième jour après la seconde opération.
3	Pleininger, Wurtenberg. med. Corr. Blatt, no 23, 1834.	34 mois.	»	»	La tumeur faisait saillie à travers l'urèthre sous la forme d'une fraise.	Dilatation du canal et ligature de la tumeur. Après cette première opération on constata par le toucher rectal et par la sonde la présence d'une autre tumeur, mais on n'essaya pas de l'enlever.	Papillome ?	Mort par péritonite. A l'autopsie nombreuses tumeurs flottantes, sous forme d'excroissance à la base et à face postérieure de la vessie ; quelques-unes de ces tumeurs avaient la consistence du cartilage et le volume d'une amende.
4	Theinemann, American Journal, med. sc., juillet 1845, p. 242.	45 ans.	»	»	Tumeur du volume d'un œuf de poule, faisait saillie à travers l'urèthre qu'elle dilatait suffisamment pour l'opérer	Ligature du pédicule par deux sondes élastiques placées aussi haut que possible. Le sixième jour la tumeur se détacha.	Polype ?	Guérison complète.

Nos d'ordre.	INDICATION bibliographiques.	AGE de la malade.	DATE de début de la maladie.	Symptômes fonctionnels.	Signes physiques.	Nature de l'opération	Nature de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières.
5	Guillon, 1846.	»	»	»	»	Ligature avec un fil d'argent.	»	»
6	Birkett, in. med. chirur. Transact. vol. 1858.	»	»	»	Polype sortait par l'urèthre.	Ligature avec un fil de soie.	»	L'enfant était très affaiblie. La tumeur se gangréna, la fièvre s'alluma et la malade mourut. A l'autopsie on trouva d'autres tumeurs dans la vessie. Suppuration du rein droit.
7	Sentftleben. Arch f. klin. Chirur. B.1, Heft 1, 1860,	29	»	Vessie irritable. Hématurie.	Masse charnue sortant par l'urèthre.	Tentatives d'extraction à l'aide de pinces introduites dans l'urèthre dilaté par la tumeur elle-même.	Tumeur sarcomateuse à large base s'insérant sur la paroi post. et sup. de la vessie.	Hémorrhagie insignifiante. La malade mourut le quatrième jour de péritonite purulente. A l'autopsie on trouva une large perforation de la vessie, faite pendant les tentatives d'extirpation.
8	Bryant, British medical Jour. Mai 1879. Opération faite en 1864.	»	»	»	»	Écraseur.	»	Guérison se maintenait 8 ans après.
30	Morris, British medical Journ., mai 1879.	56	»	Fréquence de la miction.	»	Ecraseur.	»	Cessation immédiate de tous les symptômes. Mort d'hydronéphrose.
10	Braxton - Hicks, The lancet, mai 1868.	60	»	Miction fréquente. Douleur très vive dans la vessie.	Sang et mucus dans l'urine. Tumeur reconnue par le toucher vaginal.	Ecraseur après dilatation préalable de l'urèthre.	»	Cessation des hématuries et des autres symptômes. Six mois après la vessie devint douloureuse et les urines sanguinolentes. On dilate de nouveau l'urèthre ; la tumeur n'avait pas recouvré son volume primitif. On

						[illegible] serre avec un serre nœud, puis l'écraseur.		
12	A. R. Jackson, Boston med. and. chirurgical Journal, 2 avril 1870.	40	»	»	»	Dilatation de l'urèthre avec l'éponge préparée; une première fois extraction avec les doigts et les pinces; une deuxième fois torsion.	Polype fibreux sur le bas fond.	Un an après la malade allait encore bien; l'incontinence qui avait duré quelques mois et qu'on attribuait au mode de dilatation avait disparu.
13	Simon. Arch., f. klin. Chir. vol. 18, 1875, p. 177.	70	»	»	»	Dilatation de l'urèthre; exc sion de la tumeur et grattage de sa base avec la curette.	Polype villeux sur le trigone.	Guérison. Cinq ans après la malade se portait encore bien.
14	Winckel. Billroth's Hanbuch frauen krank. 177	39	»	»	»	Dilatation de l'urèthre avec le doigt arrachement avec les pinces.	Papillome situé près de l'orifice de l'uretère droit.	Guérison. Pas de signes de récidive deux ans après l'opération.
15	Bishop, in Gross Surgery, 2e édit. Philadelphie, 1872.	56	»	»	»	Ligature d'une partie sortant par le méat le jour suivant application d'un fil d'argent à la base et 48 h. après, ablation de la masse par torsion.	Polype.	Guérison.
16	Simon. (Loc. cit.)	40	»	»	»	On avait déjà à plusieurs reprises dilaté l'urèthre et enlevé avec des pinces de petites portions de la tumeur Deux ans après la première opération la malade vint trouver Simon qui constata une tumeur occupant les deux tiers de la vessie. Il l'enleva et la gratta avec la cuillère tranchante qui fut introduite 20 fois. 14 jours après l'opération fut répétée.	»	Guérison. A la sortie de l'hôpital, huit semaines après la première opération il n'y avait pas d'apparence de récidive; pas de douleur, urines acides. N. B. Cette observation est particulièrement intéressante, en ce qu'elle montre ce qu'on peut faire contre les tumeurs volumineuses et sessiles.

Nos d'ordre.	INDICATIONS bibliographiques.	AGE de la malade.	DATE du début de la maladie.	Symptômes fonctionnels.	Signes physiques.	Nature de l'opération.	Nature de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières.
17	Simon. (Loc. cit.)	44	»	»	»	Dilatation de l'urèthre. Grattage aussi complet que possible de la surface de la vessie. Amélioration pendant un mois. Au bout de ce temps on doit faire la taille vésico-vaginale.	Papillomes dispersés sur toute la surface interne de la vessie.	Guérison.
18	Schatz. Arch. f. Gynakol., Heft X.	18	»	»	La tumeur pénétrait dans l'urèthre et en dilatait les trois quarts postérieurs.	On enleva ce que l'on put avec l'écraseur le reste fut gratté avec les doigts.	Myxome bénin.	Pas de récidive pendant un an. Au bout de ce temps la malade revient avec les mêmes symptômes. On fait la même opération; elle se rétablit en peu de jours. Un an après elle a un enfant. Deux mois après on constate que la tumeur a le volume d'une noisette; on incise le côté droit de l'urèthre et attirant la tumeur à travers ce canal on la sépare de sa base; dix points de suture réunissent les lèvres de la plaie. Guérison rapide; ni rétention, ni incontinence d'urine.
19	Alexander, London Lancet, août 1878.	19	»	Douleur hématurie.	Plusieurs fragments expulsés av. les urines.	Dilatation de l'urèthre avec le spéculum anal. Ablation de la plus grosse tumeur avec l'écraseur. Grattage d'une douzaine d'autres petites avec le doigt. En octobre de l'année suivante, [illegible]	»	Guérison. Deux ans après la première opération, la malade allait bien, les urines étaient très claires.

	Times and Gazette, 13 décembre 1879.					à quatre branches. Ablation d'une portion de la tumeur par torsion.		
21	Godson, British med. Journal, 26 avril 1879.	60	»	»	La tumeur s'engageait dans l'urèthre.	Ligature de la base avec le catgut et section avec les ciseaux.	Polype s'insérant sur le fond.	?
22	Norton, British med. Journal, 13 mai 1879.	30	»	Hématurie. Incessantes envies d'uriner. Douleurs violentes.	»	Taille uréthro-vaginale. Incision avec les ciseaux.	Papillome inséré sur le trigone.	Pas d'hémorrhagie, pas d'élévation de la température. La malade vomit pendant les premiers jours de l'opération. Le douzième jour elle mourut subitement de syncope, alors que la plaie était en bonne voie de cicatrisation.
23	Norton, loc. cit.	»	»	»	»	Taille uréthro-vaginale.	Papillome sur la paroi antérieure.	Guérison.
24	Marie Heim Vœgelin, de Zurich. Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte, nº 13, p. 388, juillet 1879.	64	28	Hématuries très abondantes et très fréquentes.	Epaississement de la paroi postérieure et de la paroi supérieure gauche constaté par le toucher vaginal.	Dilatation de l'urèthre avec l'instrument de Simon. Grattage avec l'index.	Papillome villeux.	Cessation des hémorrhagies aussitôt l'opération. Deux ans après. la guérison complète persistait encore.
25	Marie Heim Vægelin, loc. cit.	54	17	Hématuries abondantes.	Epaississement et sensibilité de la moitié droite de la paroi vésicale postérieure. La sonde sent une résistance confuse du même côté.	Dilatation de l'urèthre. Les parties végétantes de la tumeur tombent d'elles-mêmes. La surface d'implantation très large est énergiquement grattée.	Papillome très vasculaire du volume d'un œuf de poule.	Guérison. Le soir même de l'opération, l'urine est claire et est resté telle depuis cette époque.

Nos d'ordre.	INDICATIONS bibliographiques.	AGE de la malade.	DATE du début de la maladie.	Symptômes fonctionnels.	Signes physiques.	Nature de l'opération.	Nature de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières.
26	Marie Heim Vœgelin, loc. cit.	56	3 ans.	Douleur. Urines troubles striées de sang. Jamais d'hématuries pures.	Paroi postérieure de la vessie un peu indurée et très douloureuse à la pression surtout à gauche. Cathétérisme indolore, mais le contact du bec réveille une vive sensibilité. Pas d'inégalités appréciables à la face interne de la vessie.	Dilatation de l'urèthre. Néoplasme étalé en éventail infiltre toute la partie gauche de la muqueuse. Avec le doigt et la curette on enlève tout ce qu'il est possible.	Fibro-sarcome mou très vasculaire.	Immédiatement après l'opération, urines claires, les douleurs disparaissent. Au bout de deux semaines, les urines redeviennent sanguinolentes et les douleurs reparaissent La malade succombe épuisée par les souffrances et les pertes de sang un an après l'opération. Pas d'autopsie.
27	W. Atlee, Philadelphia médical Times, vol. VI, n. 375, p. 453. Avril 1882.	19	1 an.	Envies fréquentes et douloureuses, hématuries.		Dilatation de l'urèthre avec des pinces à pansement. Grattage avec les doigts de fongosités molles.		Cessation des douleurs et des hématuries. Deux ans après, la guérison se maintenait.
28	H. Balleray de Paterson, the American Journal of the medical sciences. Avril 1882, p. 464.	19 mois.		Très fréquentes envies d'uriner et très grande douleur avant et après. Une fois seulement un peu de sang dans		Ligature d'une masse pédiculée grosse comme une noisette sortant par l'uréthre pendant un examen sous le chloroforme. Quelque temps après, nouvelle opération, on enlève deux ou trois tumeurs en-		Mort, sans amélioration, six mois après. A l'autopsie, tumeur grosse comme un œuf de poule sur la paroi postérieure de la vessie.

					contenant beaucoup de vaisseaux.	dehors ; pédicule sectionné au ciseau		vation de température. Le 10e jour, violente hémorrhagie combattue heureureusement par des injections de perchlorure de fer. A partir de ce moment, aucun accident ne vint entraver la guérison.
30	Henry Thompson. Communication à la royal med. and. chir. Society; in the Lancet, juin 1883, p. 1,045.	30	6 ans.	Hématurie.	»	Dilatation de l'urèthre et ablation avec les pinces.	Papillome villeux.	Guérison.
31	Id.	65	7 ans.	Hématurie.	Grandes cellules fusiformes dans l'urine.	Dilatation de l'urèthre, ablation avec les pinces.	Papillome villeux.	Mort trois jours après l'opération avec suppression des urines. A l'autopsie, calcul dans le rein gauche; les deux reins sont atteints de pyélite.
32	Berkeley Hill, medico-chirurg. Transaction 1882, vol. XV.	40	»	Accès fébrile. Cystite et hémorrhagie profuse au début, n'ayant pas reparu depuis. Douleurs et fréquence de la miction.	»	Dilatation de l'urèthre, ablation avec l'écraseur.	Polype fibreux.	Guérison se maintenait encore un mois après l'opération.
33	Lawson Tait, Diseases of Women, p. 81	»	»	Hématurie depuis quelques années.	»	Dilatation de l'urèthre et l'ablation avec les pinces.	Polype myxomateux.	Guérison.

Nº d'ordre.	INDICATIONS bibliographiques.	AGE de la malade.	DATE du début de la maladie.	Symptômes fonctionnels.	Signes physiques	Nature de l'opération.	Nature de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières.
34	Whitehead, The Lancet, oct. 6, 13, 20. 1883.	32	2 ans.	Hématurie douleur et fréquencedes mictions.	»	Rapide dilatation de l'urèthre et ablation de la tumeur avec la cuiller tranchante.	Papillome au niveau du trigone.	Guérison se maintenait après l'opération.
35	Whitehead. (Loc. cit.)	58	14 ans.	Hématurie très abondante surtout depuis quelques mois. Urines purulentes; miction douloureuse.	»	Rapide dilatation de l'urèthre ; ablation de la tumeur avec les doigts et les pinces.	Sarcome.	Amélioration considérable. Cinq semaines après l'opération la malade n'avait plus ni hématurie, ni douleur. Sept mois après réapparition des hématuries et des douleurs. Seconde opération qui fait cesser tous les symptômes. Six mois après cette seconde opération, la malade n'avait eu ni hématurie ni douleur; il n'y avait aucun signe de récidive.
36	Guyon. (Inédite.)	44	8 mois.	Douleurs intolérables.	Induration de toute la paroi inférieure de la vessie.	Dilatation de l'urèthre. Grattage.	Epithélioma.	Pendant quelques semaines les douleurs se calmèrent très notablement et l'état général s'améliora. Deux mois après la malade mourut épuisée.
37	(Bazy.) (Inédite.)	72	22 ans.	Hématuries abondantes. Douleurs. Miction très fréquente.	Epaississement du basfond de la vessie.	Dilatation de l'urèthre. Incision du méat. Curage avec le gorgeret.	»	Amélioration dans la journée. Mort vingt-quatre heures après. Infiltration et cellulite pelvienne.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I

Généralités.

BARTON. Pendulous tumour of the bladder. Dublin Journ. of med. sc., 11 juillet 1881.

BAZY (Pierre). Du diagnostic des lésions des reins dans les affections de voies urinaires. Th. de Paris, 1880.

BÉGIN et JOURDAN. Art. Lithotomie. Dict. des sc. méd. (en 60 vol.)

BELFIED. Des myômes de la vessie. Wiener med. Woch, n° 12, 1881.

BELMAS. Traité de la cystotomie sus-pubienne, 1827.

BOULEY. De la taille hypogastrique. Th. Paris, 1883.

BOUILLY. Art. Taille in nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques.

BRESCHET. Art. Fongus de la vessie. Dict. des sc. méd. (en 60 vol.).

BROCA. Traité des tumeurs, t. II

BROUSSIN. Étude sur la taille hypogastrique. Th. Paris, 1882.

BULLETIN de la Soc. anat., Passim.

CHAUVEL. Art. Cystotomie. Dict. Encycl. des sc. méd.

CLUTTON. Communicat. à la pathological Society of London, séance du 20 mars 1883.

CRUVEILHIER. Traité d'anatomie générale, t. III.

DUCHASTELET. De la cystorrhaphie hypogastrique. Rev. de chirurgie, 1883, n° 2.

DUPUYTREN. Lancette française, 1828.

FÉRÉ. Du cancer de la vessie. Mémoire couronné, prix Civiale, 1881.

FISCHER. Résection partielle de la vessie. Études expérimentales. Arch. f. klinisch. Chirurg., t. XXVIII, fasc. 3, 1881.

GOOT (A. W.). The Dublin Journ. of. med. sc.

GARCIN. Contribution clinique à l'étude de la cystotomie sus-pubienne. Th. Strasbourg, 1884.

GERGAUD. Des cystalgies et de leur traitement chirurgical. Th. Paris, 1882.

GLUCK. Résultats d'exp. sur l'extirpation de la vessie et de la prostate chez les chiens. Strickers med. Jahrb., 1881.

GUYON. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires professées à l'hôpital Necker.

GUYON. Contribution clinique à l'étude de la taille hypogastrique. *In* Annales des malad. des org. génit. urin., janv. 1883.

HACHE. Étude clinique sur les cystites. Th. Paris, 1884.

HOGGAN (M. et Mme). On the comparative anatomy of the lymphatics of the mammalian urinary bladder, in Journ. of. anat. physiol., avril 1881.

HEARN. Cancer de la vessie, in Philad. Med. Times, 3 janvier 1880.

MAAS HERMANN. Des excroissances polypeuses bénignes de la vessie chez l'homme. Section médicale de la Société silésienne pour l'avancement patriotique, juillet 1875. (Berlin, klin, Wochens., XIII, nº 4, janvier 1876.

MAURICE (d'Ouville). Dilatation rapide du canal de l'urèthre chez la femme. Th. Nancy, 1877.

MONTFALCON. Dict. des sc. méd. en 60 vol. V. XLIV.

MOLINIER. Essai sur le fongus villeux ou angiome villeux de la vessie. Th. Paris, 1870.

MONOD. Tubercule de la vessie. Progrès médical, 9 et 10 août 1877.

KNOX (Robert). Some remarks of the urinary bladder. Med. Times and. Gazette, 1886.

LANGENBUCH. Lithotomie und Antiseptik. (Arch. f. klin. Chir. Band XXVI, 1881.

LEROY D'ETIOLLES. Recueil de lettres et de mémoires, 1884.

PÉRIER. Mémoire à l'Acad. de méd., 16 août 1881.

PÉTERSEN (de Kiel). Ueber Sectio alta. Arch. f. klin. Chir., Band XXV, Heft 4, 1881.

SIMONIN. Faits récents de dilatation rapide de l'urèthre. Bull. Soc. chir., 1880.

SANDERS. Edinburg med. Journ., sept. 1861.

SONNENBURG. Exstrophie de la vessie chez un enfant de 9 ans; ablation de la vessie; guérison. Berliner klin. Woch., décembre 1881.

STANLEY. London med. Times and Gazette, juillet 1852.

TAPRET. Tuberculisation des organes urinaires. Arch. gén. de méd., 1878 et 1879.

TUFNELL. Dublin quart. Journ. of med. sc., 1865.

VINCENT. Plaies pénétrantes intra-péritonéales de la vessie. Expériences relatives à leur traitement par la laparotomie et la cystorrhaphie. Applicat. à la taille hypog., in Rev. chir., 1881.

WARD (Samuel B.). Cancer de la vessie. Occlusion des orifices des uretères. Mort par coma urémique. Arch. of. med. New-York, fév. 1882.

II

Travaux se rapportant directement à l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.

ALLEE (W). Fongosités vésicales traitées par le raclage avec le doigt, in Philadelphia med. Times, vol. XI, n° 375, 8 avril 1882.

BAZY (Pierre). De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme; communicat. à la Soc. de chir., publié dans les Annales des mal. des org. génit.-urin., sept. et oct. 1883.

BERKELEY HILL. Univ. coll. hospital Report, 1880.

BISHOP. Gross Surgery Philadelphia, 1872.

BONTECOU. External median perineal urethrotomy for cystitis and for the removal of morbid growths from the bladder. Transact. of the american Surg. Associat., I (cité in Rev. des sc. med., juillet 1884.

CIVIALE. Gaz. méd. de Paris, 1834.

COVILLARD, cité par Crosse, in Treatise of the formation of urinary calcul, 1835.

DAVIES-COLLEY. British med. Journ., 18 déc. 1880.

GODSON. British med. Journ., t, I. 1879.

GUYON. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la ves-

sie. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires professées à l'hôpital Necker et publiées par le Dr F.-P. Guiard.

GUSSENBAUER. Arch. für klin. Chirurg., 1875, t. XVIII.

HEAT. Villous sarcoma. London Times and Gaz., décemb. 1879.

HUDSON (S. Robert). Maladie villeuse de la vessie et son traitement chirurgical. The Dublin Journ. of med. sc., 1879.

HUMPHRY. British med. Journ., 1878, t. II.

KOCHER. Centralblatt f. Chirurg., 1876, p. 193.

LECAT. Cité dans Howship, urinary organs fongus, 1823.

MARCACCI. Cystotomie sus-pubienne pour l'extraction d'un néoplasme villeux de la cavité vésicale in lo Sperimentale, oct. 1880, p. 350,

MONOD. Rapport sur le travail de M. le Dr Bazy, Soc. chir., séance du 25 juillet 1883. Discussion, MM. Després, Verneuil, Marchand, M. Sée.

MORGAN (John H.). Case of tumour of bladder, digital exploration through median incision, removal of growth. The Lancet. 16 sept. 1882.

NORTON. Trans. clin. Soc., mai, 1879.

RECLUS (Paul). De l'extirpation des tumeurs vésicales. Gaz. hebd. de med. et de chir., 28 mars 1884.

RAUSCHENBUSCH. Dissert. inaug. Halle, 1882. Résumé dans Centralb. f. Chir., 1883.

SHCATZ. Arch. f. Gynækol., Heft X, 1876.

SIMON. Arch. f. klin, Chir., vol. 18. 1875.

STEIN (Alexander). A Study of the tumours of the bladder, New-York, 1881.

STREET. Fongus de la vessie. Traitement. Philadelphia med. Times, 1879.

THOMPSON. Royal medical and chirurgical Society, séance du 11 avril 1882; discussion MM. Harrison, Morris, Holmes, Berkeley Hill, Pepper, Marshall.

ID. Même société. Séance du 23 janvier 1883; discussion MM. Lund, Harrison, Durham, Watton, Morris, Smith, Spencer Wells, Jackson, Berkeley Hill.

ID. Même Société. Séance du 12 juin 1883; discussion, MM. Berkeley Hill, Barker, Pavy, Williams.

ID. Exploration of the bladder by perineal section of the urethra, etc., etc., in the Lancet, 3 et 10 février 1883.

ID. Digital exploration of the bladder, the Lancet, 3 novembre 1883.

ID. Lectures ou some important points in connection with the surgery of the urinary organs (III lecture) in the Lancet, 28 juin 1884.

THORNE (Frederick). Case of fibrous papilloma of the female bladder successfully treated by operation, the Lancet, 13 janvier 1883.

VOEGELIN (Marie Heim) (de Zurich). Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte, n° 13 et 14, 1er et 15 juillet 1879. Einige Fälle seltener blasener Krankungen.

VOLKMANN. Arch. f. klin. Chirurg., 1876, t. XIX.

WARNER, cité in cases of surgery, 4e édit., 1784.

WHITEHEAD et POLLARD (de Manchester). The surgical treatment of tumours and other obscure conditions of the bladder, the Lancet, oct. 6, 13 et 20, 1883.

WINCKEL. Billroth 's Handbuch Frauenkrank., 1877.

TABLE DES MATIÈRES

DEUXIÈME PARTIE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, Sr, Imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

